



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU

Uuden edellä

Kotiutukset erikoissairaanhoidosta

Pöllä, Pirjo
Ruuska - Kujala, Hannele

Laurea-ammattikorkeakoulu
Hyvinkää

Kotiutukset erikoissairaanhoidosta

Pirjo Pöllä & Hannele Ruuska-Kujala
Terveystiedon edistämisen koulutusohjelma. Ylempi ammattikorkeakoulu.
Opinnäytetyö
Huhtikuu, 2012

Pöllä Pirjo &
Ruuska - Kujala Hannele

Kotiutukset erikoissairaanhoidosta

Vuosi

2012

Sivumäärä

65+12

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on tehostaa erikoissairaanhoidon kotiutuksia, tuoda kotiutusyksikkö ihmisten tietoisuuteen sekä lisätä kotiutusyksikön, kotihoidon, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välistä yhteistyötä. Opinnäytetyön tavoitteena on tutkia, millainen on hyvä kotiutus. Hyvässä kotiutuksessa korostuu hyvän suunnittelun merkitys sekä oikea-aikaisuus. Yhteistyön eri toimijoiden välillä on ensiarvoisen tärkeä kotiutustilanteissa.

Opinnäytetyö on kvalitatiivinen tutkimus. Aineisto kerättiin teemahaastatteluilla. Haastateltavia oli yhteensä kymmenen, ja heidän joukossaan oli sairaanhoitajia, potilaita sekä omaisia. Saatu aineisto analysoitiin sisällönanalyysin avulla. Hyvän kotiutuksen edellytyksenä tässä opinnäytetyössä oli avuntarpeen huomiointi. Kotiutustilanteessa korostuvat turvallisuus, selkeät sekä ymmärrettävät ohjeet jatkohoidosta. Sairaalajakson aikana tulee toteuttaa kannustavaa ja kuntouttavaa työtä. Lisäksi hyvän kotiutuksen kriteereinä pidettiin riittävää tiedonkulkua, oikea-aikaisuutta sekä potilaan kuuntelemista. Kotiutustilanteessa koettiin hoitoneuvottelu tai kotiutushoitajan osallistuminen tarpeelliseksi.

Opinnäytetyön tulosten perusteella nousi esiin samankaltaisia asioita kuin tavoitteissamme. Tuloksista kävi ilmi riittävän aikaisen avuntarpeen kartoituksen sekä hyvän suunnittelun tarve. Haastateltavat toivat esiin hyvän yhteistyön sekä riittävän tiedonsaannin merkityksen. Haastateltavat korostivat potilaan kotiutuessa turvallisuuden varmistamista. Haastatteluiden mukaan hyvä kotiutus on sellainen, jossa potilas kotiutuu oikea-aikaisesti ja omasta tahdostaan. Hyvässä kotiutuksessa haastateltavat korostivat potilaan aikaisemman toimintakyvyn kartoituksen merkitystä. Asianmukaisen ohjauksen saanti kotiutustilanteissa korostui myös haastatteluissa. Ohjaukselle tulee antaa aikaa. Osastojen, kotihoidon ja kotiutushoitajan yhteistyö lisäsi kotiutusten sujuvuutta ja onnistumista.

Opinnäytetyössä nousivat kehittämishaasteina esiin seurannan tärkeys kotiutuksen jälkeen. Opinnäytetyössä korostui tiedonkulun merkitys eri toimijoiden välillä sekä tiiviin yhteistyön saavuttaminen potilaan kotiuttamisen hyväksi. Haastateltavat hoitajat toivoivat yhteistyötoimien kesken tilaisuuksia, jolloin voidaan vaihtaa ajatuksia ja voidaan oppia tuntemaan toistensa työtä.

Avainsanat: Hyvä kotiutus, kotiutusyksikkö, ikäihminen, erikoissairaanhoido, perusterveydenhuolto

Pöllä Pirjo &
Ruuska - Kujala Hannele

Discharges from the specialized health care

Year	2012	Pages	65+12
------	------	-------	-------

The objective of this study was to improve the discharge from specialized health care, the awareness of discharge unit and to increase the co-operation between the discharge unit, home care, basic health care and specialized health care services. The aim of the study was to describe the qualities of a discharge. In successful discharge the co-operation between different parties is the most important factor.

This research was qualitative. Research data was based on theme interviews. Altogether 10 persons, who were nurses, patients and relatives, were interviewed. The material was analyzed with content analysis. As a prerequisite of good discharge in this research was attention to the need of assistance. The key points in discharge situation include safety, clear and understandable instructions of the following care the key points. During the time in hospital the supportive and rehabilitative work method should be used from the first day. In addition, the criteria for a good discharge was adequate flow of information, right timing and listening to the patient. In discharge situation, the care meeting or participation of the discharge nurse was considered necessary.

The results indicated the same kind of issues as were mentioned in the objectives of this study. The need for early mapping regarding need for assistance and good planning was shown by the results. The respondents highlighted the importance of good co-operation and adequate information and they regarded the the safety of the patient as the most important issue. According to the respondents a good discharge involved discharged at the right time and according to the patient`s own will. In good discharge the mapping of patient`s previous functional ability was considered significant. Also the proper guidance in discharge situation was emphasized. Enough time was needed for the guidance. Co-operation between the wards, home care and discharge nurse improved the flow of information and success of the discharges.

In this study the importance of the follow up after the discharge was found as an area for development. The significance of the information flow between different parties and intensive cooperation in favor of the patient was emphasized in this thesis. The nurses interviewed hoped for meetings between co-operators to change views and to learn about each other`s work.

Keywords: Good discharge, discharge unit, elderly people, specialized health care, basic health care

Sisällys

1	Johdanto.....	6
2	Hyvä kotiutus	8
2.1	Hyvää kotiutusta hidastavia ja huonontavia tekijöitä	15
2.2	Hoitoneuvottelu osana kotiutuksen suunnittelua	15
2.3	Kartoituskotikäynti osastolta kotiin tukemassa kotiutusta	17
2.4	Kotiutusprosessin tuoma yhtenäinen linja kotiutumiseen	18
2.5	Kotiutukset perusterveydenhuollosta.....	21
2.6	Kotiutukset erikoissairaanhoidosta.....	23
3	Hyvinkään kotiutusyksikön toimintaa.....	24
3.1	Kotiutushoitajatoiminta Hyvinkäällä.....	26
4	Ikäihminen.....	29
5	Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyö	32
5.1	Perusterveydenhuolto	32
5.2	Erikoissairaanhoido	34
6	Opinnäytetyön tavoite ja tarkoitus	37
7	Tutkimusmenetelmä opinnäytetyössä	38
7.1	Aineistonkeruumenetelmä.....	38
7.2	Aineiston analyysi	39
7.3	Opinnäytetyön empiirinen toteutus.....	42
8	Keskeiset tulokset.....	43
8.1	Hyvä kotiutus	43
8.2	Kotiutusyksikkö	47
8.3	Ikäihmisen, erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon määritelmät	48
9	Pohdinta	49
9.1	Eettisyys ja luotettavuus.....	52
9.2	Tutkimustulosten tarkastelu	56
9.3	Päätelmät ja jatkotutkimusaiheet	58
	Lähteet	59
	Liitteet.....	67

1 Johdanto

Kotiutus sijoittuu eri organisaatioiden ja niissä toimivien hoitohenkilökunnan, vanhusten sekä omaisten kesken yhteisellä toiminta-alueella rajapinnoilla, joissa korostuu onnistunut yhteistyön tuoma hyvä kotiutus (Koponen 2003, 27). Onnistunut kotiutus tarvitsee hoito- ja palveluverkoston saumatonta yhteistyötä ja sujuvaa tiedonkulkua organisaatioiden välillä. Yhteistyön ja tiedonkulun puutteen sekä vähäisen suunnittelun vuoksi voi potilaan kotiutuminen vaikeutua sekä tuoda ”turhaa työtä”. Suurin osa kotiutuksista sujuu kuitenkin onnistuneesti, mutta yhteisiä pelisääntöjä kuitenkin tarvitaan. (Perälä & Hammar 2003, 5.)

Tarkastelemme opinnäytetyössä erikoissairaanhoidon kotiutuksia kotiin ikäihmisen, hänen omaisensa, osaston ja kotihoidon näkökulmasta. Käsitlemme opinnäytetyössä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välistä yhteistyötä. Opinnäytetyön aiheen idea tuli opinnäytetyön tekijöiden omasta työstä kotiutustilanteissa ja niiden kehittämisessä. Toinen meistä työskentelee Hyvinkään sairaalassa sisätautiosastolla sydänsolussa eli erikoissairaanhoidossa sairaanhoitajana ja toinen Hyvinkään kaupungin palveluksessa perusterveydenhuollossa kotiutusyksikössä kotiutushoitajana.

Kehittämiskohteena ovat erikoissairaanhoidon kotiutukset hyvinkääläisten osalta, jotka mahdollisesti tarvitsevat kotihoidon apuja ja selvittelyjä jatkojen osalta. Kotiutusyksikön perustamisen myötä vuonna 2010 on perusterveydenhuollon kotiutushoitaja käynyt aktiivisesti lähes päivittäin arkipäivisin Hyvinkään sairaalassa selvittämässä mahdollisia kotiutuksia. Aikaisemmin kotiutushoitaja on käynyt ainoastaan tarpeen mukaan erikoissairaanhoidon osastoilla selvittämässä kotiutusasioita.

Erikoissairaanhoidon kotiutuksissa ongelmana on se, että hoitohenkilökunnalla ei ole riittävästi tietoa kotiutuksista ja potilassiirroista eri kuntiin. Henkilöstö ei tiedä eri kuntien kotiutus- ja sijoitustoiminnasta. Hyvinkään sairaanhoitoalueeseen kuuluvat sairaanhoitopiirin jäsenkunnista Hyvinkää, Järvenpää, Mäntsälä, Nurmijärvi ja Tuusula. Haasteena ovat lisäksi henkilöstöresurssit. Osastolla keskitytään ensin potilaan hoitoon ja sen jälkeen vasta kotiutuksiin. Henkilöstö ei tiedä riittävästi Hyvinkään kotiutusyksikön ja kotiutushoitajan toiminnasta, mikä tuli myös haastatteluissa ilmi. Henkilökunta hyödyntää kotiutusyksikön asiantuntemusta vielä kovin vähän. Kotiutusyksikön erikoissairaanhoidon kotiutushoitaja toimii kuitenkin tiiviissä yhteistyössä erikoissairaanhoidon sosiaalityöntekijöiden kanssa kotiutustilanteissa.

Vanhusväestön määrän kasvu sekä laitospaikkojen vähyys lisäävät tarvetta kehittää tarpeeksi nopeaa ja joustavaa siirtoa, kotiutusta omaan kotiin tai jo aikaisempaan vakituisen laitoshoitopaikkaan. On tarpeen kehittää yhteiset toimintatavat erikoissairaanhoidon kanssa. Yhteisesti sovitut linjat lisäävät nopeampia ja sujuvampia sijoituksia, jolloin potilaat ovat oikeassa

paikassa oikeaan aikaan. Ongelmana kehittämiskohteessa on se, että kyseessä on kaksi täysin erilaista organisaatiota, joilla on eri toiminnan historia, toimintatavat sekä tietojärjestelmä.

Suomalaisen yhteiskuntapolitiikan mukaan tulee nyt ja tulevaisuudessa miettiä väestön ikääntymistä sekä erityisesti vanhusväestön määrän kasvua. Vaikkakin vanhusväestön terveydentilassa sekä toimintakyvyssä on suotuisa kehitys, joka lykkää avun ja hoivan tarvetta, tarvitaan suuressa määrin apua vanhusten viimeisinä vuosina. Vanhustyön palveluja on välttämätöntä lisätä selkeästi. (Kröger & Vuorensyrjä 2008, 250.)

Hoitotyössä tarkastellaan yksilön, perheen ja väestön terveyttä suhteessa ihmisen hoitamiseen. Hoitotieteessä ollaan kiinnostuneita ihmisten terveyteen, sairauteen ja hoitamiseen liittyvistä kokemuksista ja niihin vaikuttavista tekijöistä elämän eri vaiheissa. Hoitaminen ymmärretään laajasti sekä ammatillisena hoitotyönä että ihmisten itsehoitona. (Tampereen yliopisto 2012.)

Hoitotiede pyrkii löytämään totuuden. Totuutta tavoitellaan rakentamalla sellaisia todennäköisiä teorioita, joilla ihmistä, terveyttä, hoitotyötä ja ympäristöä voidaan ymmärtää syvällisesti sekä kehittää monipuolisesti. Hoitotieteen tavoitteena on aina ollut tarve lisätä tietoa terveydestä, kärsimyksestä ja hoitamisesta sekä lisäksi ymmärtää ihmisen erilaisuus. Hoidon ja hoitotyön tulee perustua näyttöön (Evidence based nursing). Hoidettavan ja hänen tukiverkoston hoitoa sekä terveyttä koskevassa päätöksenteossa tulee käyttää parasta, ajantasaista, tutkittua tai asiantuntijan kokemukseen perustuvaa tietoa. (Eriksson, Isola, Kyngäs, Leino-Kilpi, Lindström, Paavilainen, Pietilä, Salanterä, Vehviläinen-Julkunen & Åstedt-Kurki 2012, 31.)

Vanhusten palvelujen kokonaisuuteen kuuluvat vanhustyön lisäksi perusterveydenhuolto ja erikoissairaanhoido, joissa saumattomassa palvelukokonaisuudessa huomioidaan hoiva, hoito, kuntoutus sekä ennaltaehkäisevä toiminta. Vanhustenhuollon keskeisenä tavoitteena on tukea vanhusten kotona selviytymistä mahdollisimman pitkään. Vanhusten kotona selviytymistä voidaan edistää kartoittamalla kotiympäristö, liikkuminen, asunnonmuutostöiden tarve sekä avuntarve. Avuntarpeen kattavassa arvioinnissa vanhuksen joutumista pysyvään hoitoon pystytään estämään sekä siirtämään. (Pekurinen, Junnila, Idänpään-Heikkilä & Wahlbeck 2006, 91.)

Sosiaali- ja terveysministeriö ovat yhdessä Suomen Kuntaliiton kanssa julkaisseet 2001 Ikäihmistien hoitoa ja palveluja koskevan laatusuosituksen. Valtakunnallisen laatusuosituksen avulla kannustetaan kehittämään palvelurakenteita, jolloin on otettava huomioon esimerkiksi vanhusten tarpeet ja voimavarat. Laatusuosituksen tavoitteena on mahdollistaa vanhusten mahdollisuus elää itsenäisesti omassa kodissaan ja tutussa ympäristössä. Laatusuosituksen tavoitteen saavuttamiseksi tulee kunnassa olla ajantasainen vanhuspoliittinen strategia, joka

turvaa vanhusten sosiaaliset oikeudet ja johon sisältyy palvelurakenteen kehittämisohjelma. Laatusuosituksen tavoitteena on taata vanhuksille hyvä elämänlaatu, itsemääräämisoikeus sekä itsenäinen suoriutuminen. Tavoite on kiinnittää huomio asiakaslähtöisyyteen, vanhusta kunnioittavaan, eettiseen toimintaan sekä käyvän hoidon suosituksiin perustuvaan hoitokäytäntöön. (Hyvinkään perusturvakeskus 2003.)

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on tehostaa erikoissairaanhoidon kotiutuksia, tuoda kotiutusyksikkö tietoisuuteen sekä lisätä kotiutusyksikön, kotihoidon, terveyskeskussairaalan ja erikoissairaanhoidon välistä yhteistyötä. Opinnäytetyön keskeisinä käsitteinä ovat hyvä kotiutus, kotiutusyksikkö, ikäihminen, erikoissairaanhoidon hoito sekä perusterveydenhuolto. Opinnäytetyössä erikoissairaanhoidolla tarkoitetaan Hyvinkään sairaalaa, joka on osa HUS:ia. Keskitymme tarkastelemaan opinnäytetyössä osastoja 3 ja 6. Jos haastateltavia tarvitaan enemmän, otetaan mukaan myös osasto 4 sekä päivystys. Osasto 3 on sisätauti- ja keuhkotautien osasto. Osasto 6 on neurologinen osasto. Osasto 4 on kirurginen osasto. Päivystyksessä keskitytään tarpeen mukaan lähinnä yleislääketieteenpäivystykseen, josta tulee eniten yhteydenottoja. Perusterveydenhuollolla tarkoitetaan opinnäytetyössä Hyvinkään kotihoitoa. Tarkoituksena on tuoda opinnäytetyössä esiin kotiutuksen hyvän suunnittelun merkitys sekä miettiä millainen hyvä kotiutus on. Yhteistyön tärkeys eri toimijoiden ja kotiutusyksikön välillä tulee huomioida ja yhteistyötahojen tietämys kotiutusyksikön toiminnasta.

2 Hyvä kotiutus

*Turhuutta ja tärkeilyä, kylmyyttä ja kankeutta
kohdattuani kasvoista kasvoihin,
kirosin hiljaa valtani pienuutta, itkin, voimattomuuteni edessä nöyryten.
Loputtoman päivämatkan jälkeen saavuin kotiin,
rakkaus kääri minut lämpimään peittoonsa,
hoiti haavani hellyyden suloisin voitein.
Hyvyys, kulje kanssani vielä huomennakin.*

Pirjo Levo

Sana ”kotiuttaminen” sairaalasta kuvaa potilaan kotiutumista sairaalasta henkilökunnan näkökulmasta, kun taas sana ”kotiutuminen” sairaalasta on potilaan näkökulma (Nurmi 2004, 412.) Hoitajalla tulee olla kyky hahmottaa potilaan tilannetta ja kykyä auttaa kotiutumisessa. Hoitajalla tulee olla empatiaa, kykyä samaistua vanhuksen tilanteeseen. Empatia kotiutustilanteessa auttaa onnistumaan kotiutuksessa. (Lindqvist 1996, 89.)

Kotiutus on nykyisin vahvasti läsnä niin erikoissairaanhoidossa kuin perusterveydenhuollossa. Kotiutusta on tarkoitus suunnitella osastolla alusta asti ajoittain jopa väitellen tai esittäen eriäviä mielipiteitä vanhuksen kotona selviytymisestä. Kotiutuskeskustelua käydään niin lääkärikierrolla, käytäväkeskustelussa, osaston kartoituspalaverissa ja raporttitilanteissa. Kotiutuskeskustelun takana on sairaalaorganisaatioon kehitetty järjestelmä, jonka avulla on tarkoi-

tus päästä asetettuihin hoitoaikatavoitteisiin. HUS:ssa on käytössä sakkojärjestelmä, jossa potilaan kotikunta joutuu maksamaan ”sakkoa”, jos vanhus joutuu odottamaan yliajan jatko-hoitopaikkaa esimerkiksi terveystieteidenkeskussairaalaan. Sakkojärjestelmää ei ole käytössä omaan kotiin kotiutuksissa. Hoitoaikatavoite on sitouttanut hoitohenkilökuntaa suunnittelemaan van-husten jatkohoitoa, mikä on toisaalta turhauttanut hoitohenkilökuntaa kotiutusten epäonnis-tuttua tai siirryttyä suunniteltua pidemmälle. (Lämsä 2008, 12.)

Kotiutuksessa ikäihminen siirtyy palveluketjussa eteenpäin käyttäen peräkkäin tai yhtäjaksoi-sesti sosiaali- ja terveyspalveluja, jotka hänen näkökulmastaan muodostuvat yhtenäiseksi ko-konaisuudeksi. Palveluketjussa on tarkoituksenmukaista suunnitella ja koota yhteen eri palve-luja ja palvelutuottajia. Palveluketjujen välillä tiedon tulee kulkea hyvin organisaatiosta toi-seen, jotta hoito ja palvelut toimivat saumattomasti. Palveluketjussa ikäihminen on palvelu-jen keskipisteenä, jolloin on tarkoituksena huomioida ikäihmisen hyvinvointi, terveys sekä itsenäinen selviytyminen. (Laaksonen, Niskanen, Ollilla & Risku 2005, 65-66.)

Potilaan sairaalasta kotiutuminen on noussut ajankohtaiseksi 2000-luvulla, sillä hoitoajat sai-raaloissa ovat lyhentyneet ja pidempään kotona asuminen on tullut mahdolliseksi monelle vanhukselle kotihoidon ja omaisten avustuksella. Tätä mahdollisimman pitkään kotona asu-mista tukee myös esimerkiksi Sosiaali- ja terveysministeriön ”Tie hyvään vanhuuteen” (2007). Terveystieteidenkeskustalle on asetettu tiukat taloudelliset reunaehdot. Vanhusväestön tuomat haas-teet ovat pakottaneet niin erikoissairaanhoidon kuin perusterveydenhuoltoa tehostamaan en-tisestään toimintaansa. Toiminnan tehostamisen myötä yhtenä keinona on ollut pyrkiä vähen-tämään yksittäisen potilaan kohdalla osastolla oloa-aikaa. Tehokkuuden lisääntyessä on tullut uutena ilmiönä ”instituution sisäänrakennettu pyöröovi”, jolla on haluttu kuvata tavoitetta hoitaa mahdollisimman paljon potilaita mahdollisimman lyhyessä ajassa. Pyöröovi-ilmiön myö-tä on tullut vanhuksille ja omaisille huoli liian nopeasta kotiutuksesta. (Lämsä 2008, 13.)

Vanhuksen kotiutuessa tulee ottaa huomioon vanhuksen terveydentila, osastojakson pituus sekä osastolle odottavien uusien potilaiden määrä. Kotiutuksissa ja muissa potilassiirroissa nousevat osaston omat intressit esiin, jolloin ei vanhuksen siirrossa tai kotiutuksessa ajatella vanhuksen hoitokokonaisuuden näkökulmaa. Valitettavasti tulee myös ”normien” mukaan tehdyissä kotiutuksissa ylilyöntejä, jolloin kotiutetaan liian nopeasti tai liian huonossa kun-nossa. Kotiutuksen normit voivat aiheuttaa erimielisyyksiä, väittelyjä ja jopa riitoja potilai-den, omaisten sekä hoitohenkilökunnan kesken. (Lämsä 2008, 14-15.) Latvamäen (2006) mu-kaan hoitaja voi ammattitaitoisella toiminnallaan huomattavasti edistää ikääntyneen potilaan sopeutumista ja selviytymistä kotiuttamisen jälkeen varaamalla aikaa kiirettömään keskuste-luun ja kuunteluun kotiuttamisvaiheessa. Oleellista on kiinnittää huomiota psyykkisiin ja sosi-aalisiin tekijöihin, jotta varmistetaan turvallinen ja onnistunut kotiutuminen.

Kotiutuminen sairaalasta on yhteistyötä potilaan, omaisten sekä monialaista osaamista edustavien ammattilaisten välillä. Kotiutuminen onnistuu hyvällä suunnittelulla ja yhteistyöllä. Käytännössä on todettu puutteita hoidon jatkuvuudessa ja etenkin tiedon kulussa. (Perälä, Rissanen, Grönroos, Hammar, Pöyry & Teperi 2003, 59.) Vanhusten riittävä tiedon saanti tunnetaan olevan suhteellisen harvinaista sekä myös odotusten vastaista (Lämsä 2008, 19). Suunniteltaessa jatkohoitoa on otettava huomioon siirtopäätös ja sen ennakointi, siirtoajankohta, potilaan toimintakyky, fyysinen ja psykososiaalinen selviäminen ja selviytymisen arviointi, lääkitys, hoito-ohjeet sekä kotisairaanhoidon ja avuntarve sekä niistä tiedottaminen. Jatkoahoitoa suunniteltaessa on huomioitava potilaan ja omaisten näkemys asiasta. (Rönkkö & Väisänen 1998, 100.)

Turun yliopiston professori Helena Leino-Kilpi on toiminut koordinaattorina Euroopan komission tilaamassa raportissa, joka käsittelee potilaan oikeuksia. Suomen lisäksi raporttiin on osallistunut yliopistoja Saksasta, Kreikasta, Espanjasta ja Isosta Britannian maista. Sanaa autonomia ei käytetä Suomen terveydenhuoltolainsäädännössä samalla tavalla kuin useissa muissa EU-maissa. Suomessa käytetty lakitermi on itsemääräämisoikeus. Laissa potilaan oikeuksista (785/92) lukee, että potilaan hoito pitää suunnitella yhteisymmärryksessä yhdessä potilaan kanssa. Jos potilas kieltäytyy esimerkiksi toimenpiteestä tai hoidosta, kunnioitetaan hänen päätöstään. Potilaiden itsemääräämisoikeudella on kuitenkin joitakin rajoituksia. Jos potilaalla esimerkiksi on jokin psyykinen sairaus, joka estää oman edun ymmärtämisen, on tällöin kuultava potilaan laillista edustajaa, lähisukulaista tai muuta läheistä henkilöä. (Leino-Kilpi, Välimäki, Arndt, Dassen, Gasull, Lemonidou, Scott, Bansemir, Cabrera, Papaevangelou & McParland 2000, 11.)

Autonomian rikkautena pidetään sitä, että henkilö voi itse päättää omista asioistaan ja kontrolloida omaa kohtaloaan. Jos potilaan autonomiaa kunnioitetaan, ei kukaan ole oikeutettu estämään hänen päätöksiään. On olemassa ainakin kolme erilaista tapaa ajatella autonomiaa: autonomia on yksittäinen periaate, autonomia on oikeus tai autonomia on yksilön luontainen ominaisuus. (Seedhouse 2009, 146-147.) American Hospital Association (AHA 1992) listasi 12 potilaan oikeutta. Laki potilaan oikeuksista auttoi ymmärtämään niitä asioita, jotka potilaat kokevat hankaliksi ollessaan tekemisissä terveydenhuollon henkilöstön kanssa. Lyhyempää ja samalla yksinkertaisempaa listaa on esitetty Britanniassa Edinburghissa: potilaalla on oikeus tietää, oikeus yksityisyyteen ja oikeus hoitoon. (Thompson, Melia & Boyd 2000, 141.)

Ikäihmisen autonomiaa ja vapautta tulee korostaa, mutta julkisessa palvelujärjestelmässä hän joutuu helposti hyväksymään palvelujärjestelmän antamat palvelut. Ikäihminen voi osallistua itseään koskevaan päätöksentekoon vain vähän silloin, kun omaiset eivät ole tyytyväisiä jatkohoitosuunnitelmaan. Suomalaisessa palvelujärjestelmässä on ikäihmisellä monia erilaisia mahdollisuuksia osallistua palveluja koskevaan päätöksentekoon. Ongelmana ovat ikäihmiset,

joilla ei ole riittävästi taloudellisia resursseja hankkia sen enempää julkisia kuin yksityisiäkään palveluja. On myös niitä ikäihmisiä, jotka pystyvät hankkimaan haluamansa avun yksityisiltä palveluntuottajilta. Paljon on kuitenkin ikäihmisiä, jotka jäävät näiden kahden ääripään väliin ja ovat tyytyväisiä omaan osaansa tai jäävät kokonaan palveluiden ulkopuolelle. (Ala-Nikkola 2003, 80.)

Hyvässä kotiutuksessa tulee ottaa huomioon ikäihmisen tarpeet, toiveet ja odotukset. Ikäihminen on jatkohoitoa ajateltaessa subjektina, jolloin kaikessa toiminnassa otetaan huomioon ikäihmisen oma mielipide. Toimittaessa asiakaslähtöisesti saadaan ikäihminen kiinnostumaan sekä itse vaikuttamaan omien jatkohoitojen suunnitteluun. Ikäihminen on oman elämänsä paras asiantuntija, joten voidaan olettaa hänen olevan oikeassa omissa ratkaisuissaan. Tulee kuitenkin muistaa ikäihmiset, jotka eivät ole enää itse kykeneviä päättämään omasta tulevaisuudestaan. Tällöin täytyy huomioida omaisen mielipide jatkohoidoista. Omainen tietää parhaiten ikäihmisen arvomaailman, aikaisemman elämäntilanteen ja valinnat sekä hän pystyy miettimään ikäihmisen puolesta jatkoja mahdollisesti kotona. (Laaksonen, Niskanen, Ollilla & Risku 2005, 20-21.)

Säännöllisen kotihoiton piirissä olevien ikääntyneiden osuus on noususuuntainen. Kotihoiton laskennan mukaan 30.11.2010 11,9 % 75 vuotta täyttäneistä oli säännöllisen kotihoiton palvelujen piirissä (Tossavainen & Kuronen 2011). Suurin osa iäkkäistä pitää omaa ja läheistensä osallistumista kotiutumistaan ja kotihoitoaan koskevaa päätöksentekoon hyvin tärkeänä. (Grönroos & Perälä 2002; Perälä, Rissanen, Grönroos, Hammar, Pöyry & Teperi 2003; Pyysiäinen 2003.) Kotiin siirtyminen pitää suunnitella ajoissa. Potilaan näkemyksiä ja toiveita kuunnellen laadittu hoitosuunnitelma lisää potilaan turvallisuuden tunnetta siitä, että hänestä välitetään. Hyvä ja riittävä suunnitelma edistää vanhuksen kotiutumisen onnistumista ja siellä pärjäämistä. (Atwal 2002, Päivärinta & Haverinen 2002.) Henkilöstön mukaan kotiutumisen ongelmat johtuvat siitä, että vanhusten kuntoon nähden kotiutusta on aloitettu suunnittelemaan liian myöhään. Myös tiedonkulussa ja yhteistyössä on puutteita avopalvelujen ja sairaalan välillä sekä myös läheistään hoitavien omaisten ja sairaalan välillä. (Noro, Aro, Jylhä, Pohjolainen & Ruth 1992, Atwal 2002, Grönroos & Perälä 2002, Perälä ym. 2003, Grimmer, Moss & Gill 2000.)

Viestintä vahvistaa kaikkea mitä teemme jokapäiväisessä arkielämässämme, kuten myös ammatinharjoittamisessa. Se mitä sanomme, millä tavalla sanomme tai teemme kertoo lukuisia viestejä. Näitä viestejä annetaan ja vastaanotetaan tietoisesti ja tiedostamatta (Scully & Dallas 2010, vii.) Kyky työskennellä tehokkaasti lisää mahdollisuuksiamme tuottaa hyvää hoitoa. (Scully & Dallas 2010, 193.)

Hyvän kotiutuksen suunnittelu alkaa jo osastolle tullessa. Hoitohenkilökunnan velvollisuus on tuoda esiin vanhukselle ja hänen omaiselleen jo osastolle tullessa, että tavoitteena on lyhyt osastojakso. Hyvään kotiutukseen kuuluu kotiutuksen hyvä suunnittelu, jolloin vanhus ja omaiset saavat riittävästi tietoa tulevasta kotiutuksesta ja sen järjestelystä. Osastojakson alussa tulee selvittää vanhuksen aikaisempi kotona pärjääminen ja toimintakyky, onko hän tarvinnut ulkopuolista apua ja kuinka paljon. Mahdollisimman varhain tulee sopia kotiutuspäivästä vanhuksen ja omaisen kanssa. (Räihä 2000, 3.) Potilaan saamalla ohjauksella ennen kotiutusta tuetaan hänen omia voimavarojaan hoitaa itseään mahdollisimman pitkään (Raappana, Kettunen, Kivinen, Mustonen & Heikura 2012, 129).

Potilaiden mielestä kunnioittaminen on yksi keskeisimpiä hyvän hoidon ominaisuuksia (Millar, Maggs, Warner & Whale 1996,). Strategian arvoperusta -työryhmän (STAR 2200) mukaan käytännön ihmisarvon kunnioittaminen ilmenee muun muassa potilaan mahdollisuutena osallistua omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon rehellisen ja riittävän tiedon perusteella, huomaavaisena kohteluna ja yksityisyyden kunnioittamisena. Potilaan tukeminen osallistumaan oman hoitonsa suunnitteluun osoittaa hänen kunnioittamistaan. (Ashworth, Longmate & Morrison 1992, 12).

Kotiutustilanteessa niin kuin muussakin hoitotilanteessa tulee ottaa huomioon vanhuksen itsemääräämisoikeus päätöksenteossa. Hyvämuistisen vanhuksen itsemääräämisoikeus toteutuukin suhteellisen hyvin etenkin, kun hän haluaa itse kotiutua. Huonomuistisen yksinasuvan vanhuksen kotiutuksessa on ongelmana jo aikaisemmat riskitekijät kotona. Jos vanhus ei ole halukas ottamaan ulkopuolista apua kotiin ja omaisetkin ovat kotiutusta vastaan, ollaan ongelmatilanteessa. Kuitenkin hankalampia tilanteita ovat itsemääräämisoikeutta ajatellessa ne tilanteet, jolloin vanhus itse kokee tarvitsevansa laitospaikkaa, vaikkakin muiden mielestä hän on kotikuntoinen. (Räihä 2000, 1.) Jokainen vanhus on omanlainen tapaus ja jokaisella vanhuksella on kuitenkin lähtökohtaisesti samanlainen ihmisarvo (Koivuniemi & Simonen 2011, 15).

Kotiutustilanteessa tulee muistaa pitää vanhusta yksilöllisenä kokonaisuutena ja hänet tulee huomioida tasavertaisena osapuolena. Kotiutuksessa tulee kunnioittaa itsemääräämisoikeutta, tulee muistaa olla horjuttamatta vanhuksen itseluottamusta sekä tulee parantaa ja tukea vanhuksen mahdollisuuksia kohentaa omaa selviytymistä omassa kodissa. Vanhuksen kohtaaminen kotiutustilanteessa perustuu luottamukseen. Joskus kohtaamisia ei ole kuin yksi, jolloin ensimmäisellä tapaamisella täytyy luoda luottamus. (Ihalainen & Kettunen 2011, 42-43.)

Hoitajan ja potilaan kohtaaminen on aina ainutlaatuinen tilanne ja vaatii hoitajalta täydellistä läsnäoloa. Hoitaja, joka on läsnä, luo inhimillisesti turvallisen ja avoimen ilmapiirin. Potilas kokee saavansa apua ja tukea. Hoitajan huolenpito potilaasta on kokonaisvaltaista ja virit-

tää toivoa selviytymisestä ja jaksamisesta. Autenttinen läsnäolo auttaa hahmottamaan, ymmärtämään ja jäsentämään hoitamisen tilanteessa esiintyviä ilmiöitä ja tekijöitä. Hoitotyön erityinen konteksti, joka sisältää legimitetin, professionaalisuuden ja julkisuuden, luo toiminnalliset kehykset hoitamisen toteuttamiselle. Hoitotyö on ammatillista ja ammatin lisensoimaa hoitamista, jota säädetään ulkoapäin. Ohjaus ja säätely ovat hoitotyön kontekstin ominaisuuksia, ja ilman niitä ammatillinen hoitaminen olisi mahdotonta. Hoitaminen hoitotyössä merkitsee eettisyyttä. Ilman hoitamista hoitotyö olisi pelkästään tehtävien ja velvollisuuksien suorittamista epäitsenäisesti. Hoitaminen vaatii hoitajalta eettistä ja tietoista sitoutumista. (Haho 2006, 146-153.)

Hoitotyössä on yhtenäinen eettinen toimintaperusta, joka korostaa vanhuksen oikeuksia vaikuttaa itseään koskevaan päätöksentekoon. Aina ei ole helppoa kaikissa tilanteissa toimia eettisten periaatteiden mukaisesti. Eettisissä periaatteissa korostuu vanhuksen vahva rooli olla päättämässä itseään koskevissa asioissa, mutta kuitenkin saatetaan unohtaa kuulla vanhuksen omaa ääntä. Tulee ottaa huomioon, että sosiaali- ja terveyspalveluja käyttävä vanhus ei ole aina siinä tilassa kykenevä ottamaan kantaa omasta avuntarpeestaan. Sosiaali- ja terveysalalla eettisiin periaatteisiin luetaan vanhuksen oikeus hyvään hoitoon, ihmisarvon kunnioitus, itsemääräämisoikeus, oikeudenmukaisuus, hyvä ammattitaito ja hyvinvointia edistävä ilmapiiri sekä yhteistyö ja keskinäinen arvonnanto. (Mönkkönen 2007, 32-34.)

Hoitajan täytyy pohtia kotiutuksessa omien tekojensa eettisyyttä monesta näkökulmasta. Hoitajan tulee arvioida mahdollisimman monipuolisesti kotiutustilanteissa arvoja ja normeja. Kotiutustilanteissa on suurena apuna hoitajan tai kotiutushoitajan oma tieto, ammatillisuus sekä ammattieettinen harkintakyky. Hoitotyössä on ammattieettisyyden erityisenä haasteena työn kohde eli vanhus, koska ongelmia ja tarpeita ei voida aina miettiä samalla tavalla. Myös kotiutusta täytyy miettiä tilaus- ja tapauskohtaisesti vanhuksen näkökulmasta. Kotiutustilanteissa tulee huomioida itsemääräämisoikeuden lisäksi tasa-arvo ja omatoimisuuden edistäminen. (Ihalainen & Kettunen 2011, 58-59.)

Valvanne toteaa artikkelissaan Gerontologia-lehdessä 2010 Gerontologian päivien kuntoutus-session puheenjohtajan Huuskon sanoin: ”asiakslähtöisyydestä asiaksläheisyyteen”. Geriatriassa kuntoutuksessa on perinteisesti korostettu potilas- ja omaiskeskeisyyttä, ongelmalähtöisyyttä ja moniammatillista tiimityötä. Lisäksi on painotettu toistuvien kliinisten arviointien sekä niihin liitettyjen interventioiden tärkeyttä sekä sitä, että tarvitaan riittävästi aikaa potilaan omaa aktiivisuutta edellyttävälle kuntoutumiselle. Viime vuosina on vahvasti kertynyt näyttöä monien uusien kuntoutusmuotojen vaikuttavuudesta. Huuskon mukaan tulisi puhua asiakslähtöisyyden sijaan asiaksläheisyydestä.” Saatamme lähteä asiakkaasta, mutta moniammatillinen näkökulma ajaa pian ohi”. Kelan IKÄ 2002-2008 hankkeessa havaittiin, että yksilön omien tavoitteiden huomiointi on puutteellista. Huuskon mukaan kuntoutuksessa on

tiettyjä lainalaisuuksia, joita on vaikea toteuttaa käytännössä. Tulisi harjoittaa sitä, missä on puutetta ja mitä asiakas haluaa. (Valvanne 2010, 220.)

Kotiutuksessa tulee muistaa, että vanhus voi muuttaa mieltään eli tänään hän haluaa kotiin ja huomenna palvelutaloon. Tällöin joudutaan rajoittamaan vanhuksen itsemääräämisoikeutta perustellusti, koska tätä ei voida toteuttaa. Tulee kuitenkin myös muistaa itsemääräämisoi-
keudessa vanhuksen moraalinen vastuu omista valinnoistaan, mutta jokaiseen valintaan vai-
kuttavat vanhuksen tiedot, luulot, ennakkokäsitykset, tunnetilat sekä monet muut asiat. (Iha-
lainen & Kettunen 2011, 62.)

Vanhusten suurena huolena on joutua pyytämään apua toiselta ihmiseltä, olla riippuvainen toisen avusta. Suomessa halutaan olla mahdollisimman pitkään itsenäisiä ja huolehtia omista asioista. Etenkin edelliset sukupolvet ovat kokeneet suurena häpeänä turvautua ulkopuoliseen apuun. Eettisiin periaatteisiin kuuluu itsemääräämisoikeus, joka sisältää ihmisarvon sekä hen-
kilökohtaisen koskemattomuuden. (Jääskeläinen 2004, 145.)

Vanhustyön etiikka on osa terveydenhuollon etiikkaa, jossa ollaan kiinnostuneita ihmisten kä-
sityksistä eettisesti hyvästä sekä oikeasta tavasta toimia. Etiikan mukaan voidaan tehdä valin-
toja, jotka eivät anna aina valmiita ratkaisuja eettisiin kysymyksiin. Vanhustyössä on tärkeä
vuorovaikutus, jossa niin vanhuksella kuin työntekijällä on käsitys oikeasta tavasta toimia.
Kuitenkin tulee myös etenkin työntekijän huomioida työssään terveydenhuoltoa koskevat lait
ja asetukset, eettiset ohjeet, ammattietiikka sekä yksilön omat eettiset ohjeet. (Lahtinen
2004, 50.)

Tavoitteena on auttaa vanhusta kotiutumisessa, mutta liialla tuella voidaan vanhus passivoida
ja taas liian vähällä tuella voidaan vanhusta lannistaa. On haasteellista arvioida vanhuksen
todellista avuntarvetta. Kotiutuksissa tulee huomioida vanhus omana itsenään ja yksilönä
kunnioittaen, hänen ihmisarvonsa hyväksyen. Kotiutushoitajan tulee osata tasapainoilla myö-
täelämisen ja jämäkkyyden välillä kotiutuksissa. Kotiutustilanteissa on hyvä olla tilanneherk-
kyttä sekä johdonmukaisuutta. Vanhukselta tulee kuitenkin vaatia kotiutuksessa omaa pon-
nistelua tavoitteeseen, hyvään kotiutukseen ja kotona selviytymiseen. (Ihalainen & Kettunen
2011, 37-38.)

Kotiutustilanteissa tarvitaan hyvää vuorovaikutustaitoa, jota on niin sanallista kuin sanatonta.
Useasti sanaton viestintä kertoo enemmän, ja esimerkiksi hymyilevä ja silmiin katsova hoitaja
saa vanhuksen tuntemaan, että hänestä välitetään. Kotiutusta suunniteltaessa tulee vanhusta
oikeasti kuunnella, ja suhteen tulee olla vastavuoroinen. Vastavuoroisuus syntyy ja vapautuu
helpommin, kun on jokin yhteinen tai yhdistävä tekijä. Vuorovaikutustilanteen tulee tuntua
vanhuksesta turvalliselta ja luottamukselliselta. Tilannetta helpottaa myös myönteisyys ja

kannustavuus. Ilmapiirin on hyvä olla epämuodollinen, jolloin syntyy helpommin keskusteluyhteys. (Ihalainen & Kettunen 2011, 39-40.)

2.1 Hyvää kotiutusta hidastavia ja huonontavia tekijöitä

Kotiutuksen esteenä voi olla vanhuksen fyysisen toimintakyvyn heikkeneminen lyhyenkin osastojakson aikana, johon myös vaikuttavat itse sairaalanympäristö sekä vuodelepo. Hyvän kotiutuksen epäonnistumisen riskinä on havaittu olevan vanhuksen ikä, yksinasuminen, heikko sosiaalinen verkosto, useita sairauksia kuten depressio tai muistisairaus, heikentynyt toimintakyky, useita osastojaksoja puolen vuoden sisällä, omaisen vahva kanta kotona selviytymiseen sekä vanhuksen kokema yksinäisyys, turvattomuus ja kotiutumisen pelko. (Räihä 2000, 2.)

Vanhus tuo useasti esiin kotiutustilanteessa yksinasumisen tuoman turvattomuuden tunteen sekä ajatuksen, ettei saa apua tarpeen tullen. Sosiaalisen verkoston heikkous tai puolison kuolema voi olla uhkana hyvinvoinnille, joka osaltaan tuo pelkoa yksin asumiseen. Kotiutumisen ongelmana voi olla lisäksi toimintakyvyn heikentyminen, fyysisen kunnan alentuminen, monien sairauksien sekä liikkumisen vähentymisen myötä. Kotiutuksen suurena riskinä ovat myös muistisairaudet, joissa tyypillisesti ovat heikentyneet kognitiiviset taidot. Muistisairaus voi tuoda mukanaan riskin lähteä ulos harhailemaan, jättää hellan levyn päälle, tehdä tulia sähköhellaan muistaen aikaisemmasta sen olevan puuhella yms. Nämä mainitut riskit lisäävät mahdollisuutta heikentää kotiutumisen mahdollisuutta. (Ihalainen & Kettunen 2011, 140-141.)

Vanhuksen kotiutuksessa voi olla haasteena eriävä mielipide avuntarpeesta ja kotona selviytymisestä. Hoitaja voi joutua tekemään päätöksiä vanhuksen tahtoa vastaan, jolloin aikaisemmin luotu vuorovaikutussuhde voi hajota. Ammattitaitoinen hoitaja osaa arvioida, milloin on tarpeen käyttää hieman käskyttävää työtettä, jolloin saadaan uudestaan vahvistettua aikaisemmin luotu vuorovaikutussuhde. (Vilen ym. 2008, 22-23.)

2.2 Hoitoneuvottelu osana kotiutuksen suunnittelua

Lääkärin arvioidessa hoidon tarvetta aloitetaan mietintä kotiutuksesta sekä tulevasta kotihoito-ohjeistuksesta. Hoitajan tulee tunnistaa hoidon- sekä palveluohjauksen tarve. Lähtökohtana on motivoida ikäihminen kuuntelun, tukemisen, välittämisen, avoimuuden sekä auttamisen keinoin. Vuorovaikutustilanteessa tulee hoitajan ilmaista empatiaa, tuottaa ristiriitaa perustelemalla avun muutostarve, ehkäistä väittelyä, mutta myötäillen ikäihmisen itsensä tekemiä ratkaisuja. Hoitajan tulee uskoa ikäihmisen pystyvyyteen tehdä muutoksia, unohtamatta kunnioittaa hänen osaamistaan. Hoitoneuvotteluissa ohjauksen tavoitteena on tuoda ikäihmiselle vastauksia kysymyksiin tai ongelmatilanteisiin. (Syväsoila & Äijälä 2009, 107-109.)

Hoitoalalla vanhuksen jatkohoidon suunnitteluun liittyy vanhusten erilaisten elämänongelmien ratkaiseminen. Ongelmien ratkaisu edellyttää ongelmien ymmärtämistä. Vanhus odottaa, että asiantuntija ratkaisee hänen ongelmansa. Hänen äänensä saattaa unohtua tässä tilanteessa. Tässä tulee esiin asiantuntijakeskeisyys, joka sisältää vallan määritellä tilannetta, luokitella ongelmia sekä päättää toimenpiteistä. (Mönkkönen 2007, 38.)

Hyvinkään perusterveydenhuollossa terveyskeskussairaalassa ja kotihoidossa pidetään hoitoneuvotteluja, joissa arvioidaan yhteisesti vanhuksen toimintakykyä sekä avuntarvetta. Hoitoneuvotteluissa hyvällä suunnittelulla voidaan pidentää kotona asumista. Hoitoneuvotteluja on sovittu järjestettävän erityisesti, kun vanhus tarvitsee paljon tukea ja selvittelyjä jatkoja mietittäessä, vanhus tai omainen on huolissaan kotona selviytymisestä, vanhuksella ei ole ollut aikaisemmin kotihoidon apua, tai vanhuksen toimintakyky on selkeästi muuttunut. Erikoissairaanhoidossa ei ole juurikaan pidetty hoitoneuvotteluja.

Hoitoneuvottelussa on tavoitteena arvioida hoidettavan vanhuksen kotona selviytymistä kokonaisvaltaisesti niin fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset tarpeet huomioiden. Hoitoneuvottelussa mietitään ennen kotiutusta osastolla vanhuksen omia voimavaroja, avun tarvetta, mahdollisia ongelma- ja vaaratilanteita kotona sekä ratkaisuehdotuksia. Hoitoneuvottelussa on tarkoitus suunnitelmallisesti kartoittaa ja taata hoidon jatkuvuus hoitoketjussa. (Pöllä 2011, 1.)

Vanhuksen kotiutusta suunnitellessaan tulee hoitajan nähdä vanhuksen tarpeet hänen näkökulmastaan muistaen vanhuksen olevan oman elinympäristönsä asiantuntija. Hyvä hoitoneuvottelu saadaan aikaiseksi huomioimalla vanhus omana itsenään vuorovaikutustilanteessa. (Vilen ym. 2008, 52-53.)

Hoitoneuvottelua suunniteltaessa tulee kartoittaa, ketkä kuuluvat vanhuksen sosiaaliseen verkostoon, ja sitä kautta voidaan löytää vanhuksen voimavaroja, jotka hyödyntävät häntä (Ihalainen & Kettunen 2011, 44). Hoitoneuvottelussa on mukana vanhus, omainen tai muu läheinen, osastolta omahoitaja, tarpeen mukaan lääkäri, sosiaaliohjaaja ja fysioterapeutti, sekä kotihoidosta sairaanhoitaja ja tarpeen mukaan tiimistä omahoitaja sekä lähes aina kotiutusohitaja. Hoitoneuvottelu voidaan järjestää vanhuksen omasta, hänen omaisen, kotihoidon, osaston henkilökunnan tai kotiutusohitajan pyynnöstä. Yleensä hoitoneuvottelun järjestää kotiutusohitaja tai omahoitaja. (Pöllä 2011, 1.)

Hoitoneuvottelussa kartoitetaan vanhuksen toimintakykyä: liikkumista, hygienianhoitoa, puukeutumista, wc:ssä käyntiä, ruokailua yms. Tuodaan esille myös tosiasia, että jokainen jossain vaiheessa tarvitsee toisen apua joko väliaikaisesti tai jatkuvasti. Hoitoneuvottelun tarkoituksena on tukea ja turvata vanhuksen mahdollisuus selviytyä kotona mahdollisimman pitkään. (Pöllä 2011, 3.) Tutkimusten mukaan vanhuksen ikääntyessä sairaudet kasaantuvat, mikä voi

vaikuttaa toimintakykyyn. Eri ihmisillä ja erilaisessa ympäristössä toimintakyky tarkoittaa kuitenkin eri asioita. Vanhus haluaa ja pitää tärkeänä sitä, että hän pystyy toimimaan itsenäisesti arkiaskareissa mahdollisimman pitkään. Vanhus kokee turvattomuutta etenkin silloin, kun hän kokee joutuvansa olemaan riippuvainen toisista ihmisistä. (Ihalainen & Kettunen 2011, 134-135.)

Vanhuksen, omaisen ja hoitajan välinen vuorovaikutus heijastuu selkeästi jatkohoidon koettuun laatuun. Vanhus kokee laadun hyväksi, kun hän kokee saavansa odotusten mukaista apua. Hoidon laatuun vaikuttavat palveluiden hyvä saatavuus, kohteliaisuus, uskottavuus, turvallisuus, vanhuksen ymmärtäminen sekä lisäksi luotettavuus. Hyvä ohjaus ja neuvonta lisäävät tuloksellisuutta, vaikuttavat toimintaan ja onnistumiseen eli hyvällä hoitoneuvottelulla voidaan edistää vanhuksen kotona olemista mahdollisimman pitkään. (Syväsoja & Äijälä 2009, 208.)

2.3 Kartoituskotikäynti osastolta kotiin tukemassa kotiutusta

Vanhukset haluavat asua omassa kodissa mahdollisimman pitkään vaikkakin ulkopuolisella avulla. Ikääntyessä palvelutarve kasvaa, jolloin on tärkeämpi huomioida muutokset vanhuksen toimintakyvyssä. Toimintakyvylle tarkoitetaan vanhuksen kykyä suoriutua erilaisista päivittäisistä tehtävistä. Toimintakykyyn vaikuttavat vanhuksen oman suorituskyvyn lisäksi hänen fyysinen ja sosiaalinen ympäristönsä. Ympäristön ollessa esteetön on vanhuksen helpompi suoriutua päivittäisistä tehtävistä kuin toisenlaisissa olosuhteissa. Elinympäristön muutoksilla sekä apuvälineiden avulla voidaan parantaa mahdollisuuksia suoriutua päivittäisistä tehtävistä. (Suomen Kuntaliitto 2006, 14.)

Kotiutuvien vanhusten toimintakyvyn arviointi on ensiarvoisen tärkeää. Toimintakyvylle voidaan tarkoittaa yleisesti yksilön käytännön mahdollisuuksia ja edellytyksiä suoriutua ja selviytyä erilaisista tehtävistä ja haasteista. (Heikkilä 2008, 20.) Toimintakyvyn edistämisestä ja ylläpitämisestä on viime vuosina tullut yksi tärkeimmistä gerontologian ja vanhustyön tavoitteista. Toimintakykyä heikentävät normaalit vanhenemismuutokset ja sairaudet. Olennaista toimintakyvyn ylläpitämiseksi on vanhuusmuutoksien ja sairauksien varhainen toteaminen ja hyvä hoito. (Partala 2009, 13.)

Vanhuksen toimintakykyä voidaan tarkastella fyysisestä, psyykkisestä sekä sosiaalisesta näkökulmasta. Fyysiseen toimintakykyyn kuuluvat terveydentila, aistitoiminta sekä fyysinen suorituskyky. Psyykkiseen toimintakykyyn liittyvät vanhuksen oma persoonallisuus sekä psyykkiset voimavarat. Lisäksi psyykkiseen toimintakykyyn kuuluvat havaitseminen, oppiminen, ajattelu ja muisti. Sosiaaliseen toimintakykyyn liitetään useasti kyky toimia yhteisössä ollen sosiaalisessa vuorovaikutussuhteessa toisiin henkilöihin. Osastolta tehdään kartoituskotikäyntejä poti-

laan, hänen omaisensa, fysioterapeutin, kotihoidon hoitajan ja kotiutushoitajan kanssa. Kartoituskäynneillä on tarkoitus tarkastella vanhuksen fyysistä, psyykkistä sekä sosiaalista toimintakykyä. (Ihalainen & Kettunen 2011, 165-166.)

Hyvinkään terveystieteiden keskus sairaalasta tehdään osastolta käsin kartoituskotikäyntejä potilaan omaan kotiin ennen varsinaista kotiutusta. Mukana ovat kotiutushoitajan lisäksi osastolta fysioterapeutti, kotihoidosta hoitaja sekä omainen. Kartoituskäyntien tarkoitus on kartoittaa vanhuksen asunnon tilat, hänen liikkumisensa siellä, apuvälinetarve, muu avun tarve sekä mahdollinen asunnonmuutostyön tarve. Kartoituskäynnit motivoivat niin vanhusta kuin omaista kotiutumiseen. Kartoituskäynnillä pyritään havainnoimaan konkreettisesti vanhuksen kotona selviytymistä. Kartoituskäynnillä nähdään myös ongelmakohtat, kuten portaat, kynnykset, pesutilat kellarissa tai ulkorakennuksessa, puulämmitys, syrjäinen asunnon sijainti, joka ei mahdollista riittävää avunsaantia kotiin. Ennen varsinaista kotiutusta voidaan näin järjestellä tarvittavia asioita kuntoon. (Projektiryhmän loppuraportti, 10.)

Vanhuksen kotiutusta ja kuntoutumista on todettu edistävän moniammatillinen yhteistyö, joka tulee esiin yhteisissä kartoituskotikäynneissä. Monen eri alan asiantuntijat pystyvät kotikäynnillä havainnoimaan ongelmakohtia sekä kehittämishaasteita. Myös kotiutusta saadaan edistettyä yhteisesti kartoituskotikäynnillä sovitulla työnjaolla. Moniammatillinen yhteistyö syntyy yhteisillä tavoitteilla, hyvällä tiedonkululla sekä asiantuntemuksen kunnioituksella. (Ihalainen & Kettunen 2011, 170-171.)

2.4 Kotiutusprosessin tuoma yhtenäinen linja kotiutumiseen

Puutteellinen tieto potilaan elämäntilanteesta, avuntarpeesta sekä omaisten osallistumisesta hoitoon voivat vaikuttaa kotiutuksen epäonnistumiseen. Potilaan jatkohoitojen selvittelyssä voi olla puutteita tiedonkulussa ja työnjaossa eri organisaatioiden välillä, mikä myös osaltaan vaikuttaa kotiutuksen onnistumiseen. Lyhenevät sairaalajaksot tuovat osaltaan haastetta kotiutusprosessiin. (Koponen 2003, 21.) Kaikilla kotiutusprosessissa toimivilla tulee olla yhtenäiset ohjeistukset sekä tiedossa, mitä vähimmäistietoja yhteistyötahojen tulee saada tietoonsa vanhuksesta hänen kotiutuessaan. Ongelmana on tänä päivänäkin, ettei tiedetä, mikä tieto on olennaista toiselle organisaatiolle. Kotiutusprosessia suunniteltaessa tulee luoda yhtenäinen toimintamalli, jonka avulla voidaan välittää tarvittavaa tietoa. (Mäkelä 2009, 6.)

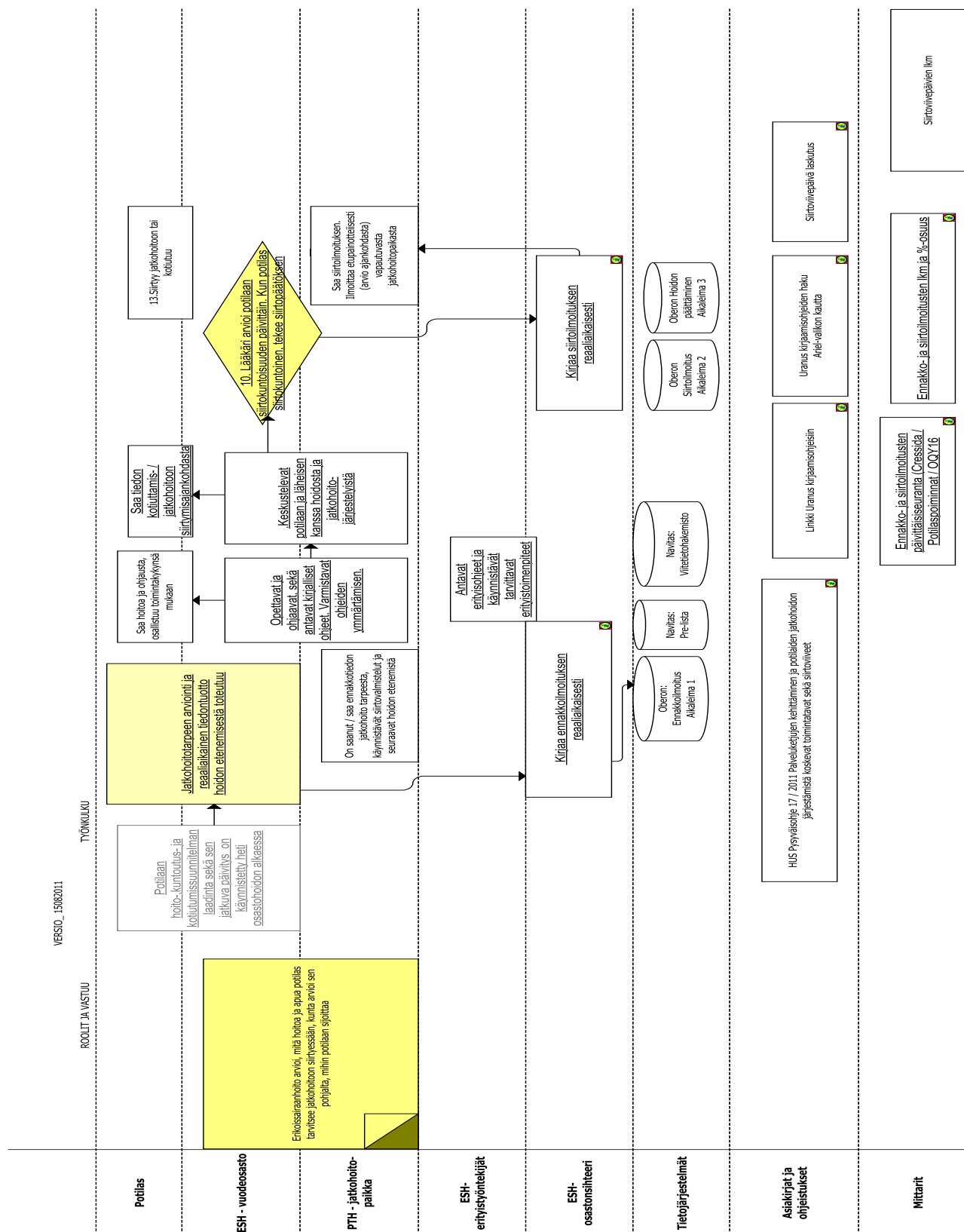
Kotiutuminen on prosessi, joka alkaa potilaan saapuessa sairaalaan ja sen tarkoituksena on helpottaa siirtymistä vaiheesta tai ympäristöstä toiseen. Prosessi koostuu suunnittelusta, toteuttamisesta ja arvioinnista. Prosessissa korostuvat turvallisuuden ja jatkuvuuden periaatteet. (Victor & Vetter 1988, 155-156.) Potilaan kotiutuminen on yhteistyöprosessi, johon kuuluu potilas, omainen ja henkilökunta. Henkilökunnan tehtävänä on arvioida potilaan valmius

kotiutua ja kotiutuspäätös tulee aina tehdä yhdessä potilaan kanssa riittävän ajoissa. Henkilökunnan tulisi tunnistaa haasteelliset kotiutujat ja ennakoida mahdolliset ongelmat kotona selviytymisessä. (Gardner, Arve & Kiviniemi 2002; 7, Vesterinen 1999, 8; Rantasalo 2007, 53.)

Kotiutuminen sairaalasta on yhteistyötä potilaan, omaisten sekä monialaista osaamista edustavien ammattilaisten välillä. Kotiutuminen onnistuu hyvällä suunnittelulla ja yhteistyöllä. Käytännössä on todettu puutteita hoidon jatkuvuudessa ja etenkin tiedon kulussa (Perälä, Rissanen, Grönroos, Hammar, Pöyry & Teperi 2003, 59.)

Hyvinkään sairaalan ja sen yhteistyökuntien (Hyvinkää, Nurmijärvi, Mäntsälä, Tuusula ja Järvenpää) kanssa on yhdessä jo usean vuoden ajan tavattu säännöllisesti. Tarkoituksena on ollut kehittää kotiutusprosesseja erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä. Tarkoituksena on ollut kehittää saumatonta hoitoketjua, jossa mietitään jokaisen kotiutuksessa mukana olevan rooli ja tehtävä unohtamatta potilasta, hänen omaistaan sekä kotihoitoa. Palavereissa on vaihdettu eri kuntien ajatuksia kotiutuksista ja käytännön järjestelyistä. Palavereissa on käsitelty kotiutuksiin vaikuttavia tekijöitä, mahdollisuuksia kehittää sekä nopeuttaa kotiutuksia. Sairaanhoitoalueen johtaja Asko Saaren johdolla mietittiin esimerkiksi vuonna 2008 yhteistyössä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon kanssa prosessia jatkohoitoon siirtymisestä. Työryhmässä ovat olleet mukana toinen meistä opinnäytetyön tekijöistä eli Hyvinkään kaupungilla työskentelevä kotiutushoitaja. Muut työryhmän jäsenet ovat olleet muun muassa ylilääkäreitä, osastoryhmäpäälliköitä sekä osastonhoitajia. Työryhmässä oli todettu jo aikaisemmin, että molemmissa organisaatioissa on jo tehty hyvää pohjatyötä sekä kuvauksia, mutta ei ole tutkittu rajapintaongelmia. Sovittiin työn jatkamisesta pienemmällä työryhmällä, jossa haluttiin mallintaa prosessia hyödyntäen jo olemassa olevia prosessikuvauksia. (Salinto 2008.)

HYVINKÄÄN SAIRAALAN KOTIUTUMISPROSESSI



Kuvio 1. Hyvinkään sairaalan kotiutumisprosessi. Sirpa Salinon tekemä työstöversio 2012.

2.5 Kotiutukset perusterveydenhuollosta

Kotiutusprosessikuvausta perusterveydenhuollosta



Kuvio 2. Kotiutusprosessikuvausta perusterveydenhuollosta. (Työstöversio 2012.)

Perusterveydenhuollon kotiutuksiin on panostettu vuosien varrella toistuvasti. Kotiutumista terveyskeskussairaalaan kotiin on tarkasteltu vuonna 2005 yhdessä kotiutushoitajan, terveyskeskussairaalan ja kotihoidon henkilöstön kanssa. Tällöin kuvattiin kahta eri prosessia, joista toisessa kuvattiin kotihoidon turvin kotiutuvia ja toisessa ilman kotihoidon apua kotiutuvia. Ajatuksena oli aloittaa kotiutuksen suunnittelu ikäihmisen tullessa osastolle, etenkin haasteellisissa ja mahdollisissa ongelmatilanteissa. Tarkoituksena oli selvittää laaja-alaisesti potilaan aikaisempaa tilannetta ja kotona selviytymistä. Kotiutusta varten sovittiin, että määritellään yhteisesti, milloin ikäihminen on valmis kotiutukseen, kotiutusajankohta, miten tehdään tarvittava ohjaus, hankitaan mahdolliset apuvälineet, laitetaan vireille mahdolliset muutostyöt sekä järjestetään sovitut palvelut. Sovittiin myös, että ilmoitetaan jatkohoitoon suullinen ja kirjallinen informaatio, jolla varmistettiin hoidon saumaton jatkuvuus. (Projektiryhmän loppuraportti 2009, 5.)

Hyvän kotiutuksen edellytyksenä on saumaton yhteistyö sekä viiveetön tiedonkulku. Suurin osa potilaitten kotiutuksista sujuu onnistuneesti. Tiedonkulun sekä yhteistyön puutteen vuoksi kotiutuksessa voi tulla vaikeuksia ja kotona selviytyminen voi vaikeutua. (Perälä & Hammar 2003, 5.)

Kotiutuksissa ja tiedonkulussa terveyskeskussairaalaan kotiin ja päivystöön koettiin olevan ongelmia. Osastolla ei ole saatu tietoa ikäihmisen aikaisemmasta selviytymisestä kotona, hänen toimintakyvystään ja avuntarpeestaan. Myöskään vastaanottava yksikkö ei ole saanut välttämättä tarpeeksi ajoissa tietoa siirrosta eli lähinnä terveyskeskussairaalaan kotiutumisesta. Aikaisemminkin on kotiutustilanteessa ollut epäselvää terveyskeskussairaalan ja kotihoidon välinen työnjako. Kotiutus on viivästynyt omahoitajan ollessa poissa, jolloin ei ole sovittu korvaavaa hoitajaa. Ongelmana on koettu olevan myös liian nopeasti toteutettu kotiutus, jolloin vastaanottavalla taholla on vaikeuksia järjestellä kotiutusta. (Projektiryhmän loppuraportti 2009, 6.)

Potilaan kotiutumisen jälkeen kriittisimmät ajankohdat ovat ensimmäiset päivät kotona. Hyvin suunniteltu kotiutus auttaa kotona selviytymistä sekä ehkäisee uudelleen sairaalaan joutumista. Kotiutustilanteessa toimitaan yhteistyössä potilaan, hänen omaisen sekä hoitohenkilökunnan kesken. (Perälä & Hammar 2003, 25.)

Kotiutusta haluttiin perusterveydenhuollossa tarkastella uudemman kerran 2009, jolloin työstiin kehittämissuunnitelmaa sekä kehittämistavoitteita. Kotiutuksen työtapojen muutoksessa haluttiin koko työyhteisön sitoutumista sekä koti- ja laitospalveluiden johtoryhmän seuranta ja osaltaan kotiutusten muutosten seuranta sekä mahdollisesti koordinoitua. Sovittiin myös, että esimiesten tehtävänä on henkilöstön motivointi muutokseen ja uusiin kotiutuksen toimintatapoihin. (Projektiryhmän loppuraportti 2009, 14.)

Perusterveydenhuollon kotiutuksia suunnitellaan parhaimmillaan potilaan tullessa osastolle kartoittamalla aikaisempi avuntarve ja toimintakyky. Terveyskeskussairaalassa kokoontuu joka toinen viikko jokaisella osastolla kartoituspalaverissa osastolta lääkäri, fysioterapeutti, hoitaja, sosiaaliohjaaja sekä kolme kotiutushoitajaa. Kartoituspalaverissa mietitään jokaisen osaston potilaan toimintakykyä, avuntarvetta sekä jatkohoitoa. Terveyskeskussairaalassa pidetään osalle kotiutuvista vanhuksista hoitoneuvottelu, kartoituskotikäynti osastolta tai kotiutuksessa kartoituskäynti, joissa mietitään samalla tavalla avuntarvetta. Perusterveydenhuollon kotiutuksissa on tarkoitus miettiä vanhuksen jatkohoitoa usealta kannalta huomioiden vanhuksen toimintakyky, asuinolosuhteet sekä avuntarve.

Kotiutustoimintaa haluttiin kehittää edelleen 2010, jolloin haluttiin yhtenäistää sen hetkinen SAS-toiminta (selvitä, arvioi, sijoita) ja kotiutustoiminta. Haluttiin kartoittaa niin SAS kuin kotiutustoiminnan vahvuudet ja heikkoudet ja ottaa huomioon myös tulevaisuuden mahdollisuudet siirroissa ja kotiutuksissa. Kotiutus- ja SAS-toiminnan vahvuuksiin kuuluivat sen hetkinen osaaminen, jatkuva kehittäminen sekä myönteisyys kehitykseen huomioiden jatkuva hoidon tarpeen lisääntyminen, rajalliset resurssit sekä hoitoketjun sujuvuuden tehostaminen. (Koti- ja laitospalvelut 2010, 2.)

2.6 Kotiutukset erikoissairaanhoidosta

lääkkäiden ja useita sairauksia sairastavien potilaitten määrä lisääntyy jatkuvasti erikoissairaanhoidossa. Tällöin heidän tilanteensa arviointi vaatii kokonaisuuden arviointia, useamman sairauden hoitoa, toimintakyvyn selvittämistä ja avuntarpeen mietintää. (Koponen 2003, 19.) Erikoissairaanhoidossa ei aikaisemmin ole ollut perinteistä kotiutuksen suunnittelua. On tarpeen suunnitella potilaalle yksilöllisesti kotiutusta, jonka tarkoituksena on lisätä hoidon tuloksellisuutta sekä vähentää kustannuksia. Tehokas kotiutussuunnitelma sisältää moniammatillisen yhteistyön, huomioi ajoissa potilaan hoidon tarpeen sekä kotiolosuhteet, jatkosuunnitelman sekä tehokkaan tiedonkulun. (Koponen 2003, 20.)

Kotiutusvaiheessa tapahtuva yhteistyö potilaan, omaisen sekä kotiuttavan ja vastaanottavan hoitoyksikön välillä on tärkeää. Tätä yhteistyötä on tutkittu vain vähän. Potilaan, omaisen ja yhteistyön näkökulmaa ei ole riittävästi huomioitu. Eri osapuolilla on eriävä näkemys kotiutusprosessista, jossa potilaat ja omaiset ovat enemmänkin huolissaan tulevaisuudesta ja kotona selviytymisestä, kun taas henkilökunta on huolissaan vuodepaikan vapautumisesta. Potilas ja omainen kokevat saavansa puutteellisesti tietoa, vaikkakin hoitohenkilökunta kokee antaneensa riittävän tiedon. Eri toimijoiden välistä yhteistyötä vaikeuttavat tiedonkulun ongelmat sekä epäselvä työnjako. (Koponen 2003, 26-27.)

Hyvinkään sairaalan sisätautiosastolla sairaanhoitaja suunnittelee ja koordinoi potilaan kotiuttamista hoitajakson aikana. Hän neuvottelee kotiuttamisesta potilaan ja omaisten kanssa selvittäen heidän odotuksiaan ja toiveitaan hoidosta sekä palveluista kotiuttamisprosessissa ja jatkohoidossa. Sairaanhoitajan tulee konsultoida sairaalan muita hoitotiimin jäseniä ja koota yhteen moniammatillisesti laaditut suunnitelmat potilaan jatkohoidosta ja kotiuttamispalveluista. Laadittu hoitotyön yhteenveto toimii lähetteenä jatkohoitopaikkaan. Kotiutusta hoitavan sairaanhoitajan tehtäviin kuuluu tarkistaa, että lääkemääräykset ovat yhtenäiset eri asiakirjoissa ja reseptit ovat kunnossa sekä mahdolliset erityisammattiryhmien loppulausunnot ja yhteenvedot sekä jatkosuunnitelma on tehty. (Ämmälä, Saxelin, Brander, Ylivaara, Klemola, Rautionaho & Niskanen 2008, 6.)

Kotiuttamisprosessi käynnistyy Hyvinkään sairaalassa sisätautien vuodeosastolla kotiuttamis päätöksellä, jonka lääkäri tekee yhteisymmärryksessä potilaan, sairaanhoitajan ja omaisten kanssa (Ämmälä ym. 2008, 4). Suurin osa potilaan kotiutuksista erikoissairaanhoidossa työskentelevien hoitajien mukaan tapahtuu ilman kotiutushoitajan apua. Jo hyvissä ajoin ennen kotiutuspäivää potilaan tilaa, kuntoutumisen ja paranemisen edistymistä seurataan ja kirjataan vuorokauden ympäri. Ennen kotiutuspäivää kartoitetaan potilaan kotiolot, kotona selviytyminen ja alustavasti mahdollinen tarvittava apu. Omaisille ilmoitetaan kotiutus- ja jatko-hoitopäätöksestä ja keskustellaan myös omaisen kanssa mahdollisesta kotiavusta. Kun potilaan, omaisten ja hoitohenkilökunnan kesken päädytään kotiutukseen kotihoidon turvin, ilmoitetaan kotihoidon henkilöstölle kotiutuksen ajankohta ja alustavasti ajateltu hoidon tarve.

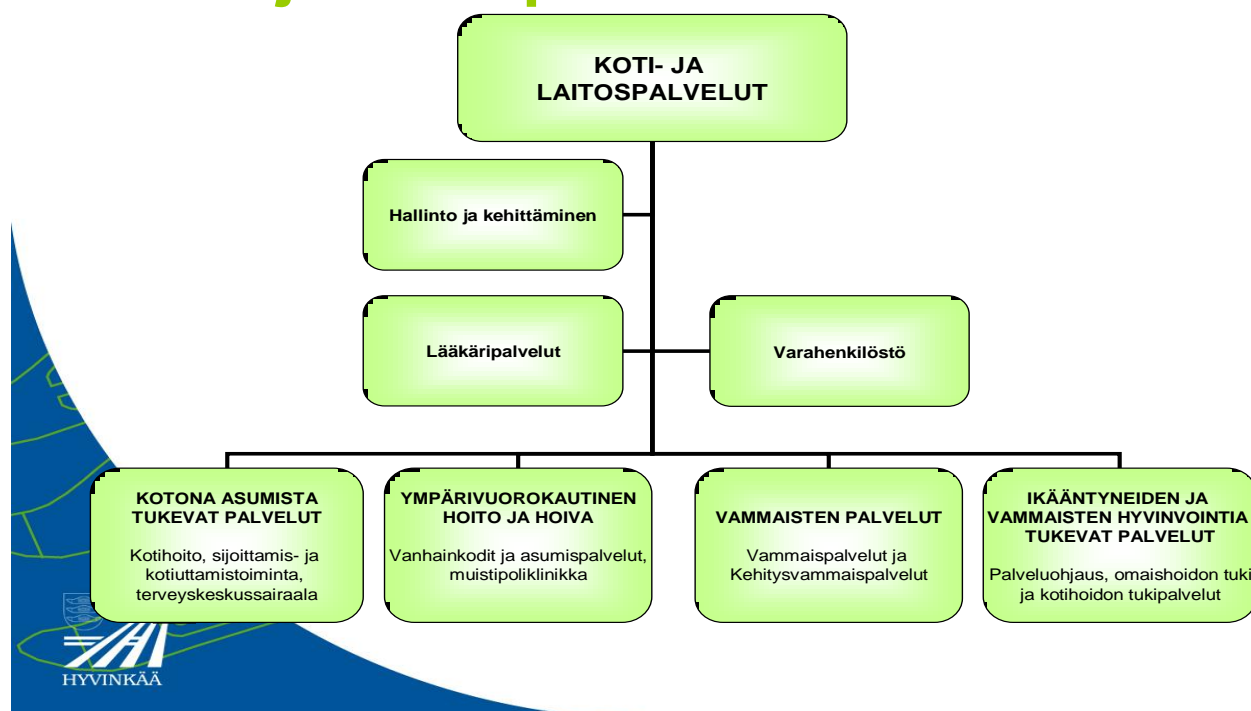
Eri organisaatiot tuntevat huonosti toistensa toimintaa, minkä vuoksi on vaikeaa valita edullisempia palveluratkaisuja ja sovittaa niitä yhteen. Ongelma korostuu etenkin sellaisten asiakkaiden kohdalla, jolla on tarvetta useampaan palvelujen tuottajaan. Usein ei huomioida palvelukokonaisuutta suunniteltaessa julkisten palvelujen ulkopuolella tuotettuja palveluja. (Perrälä & Hammar 2003, 12.)

3 Hyvinkään kotiutusyksikön toimintaa

Hyvinkään kotiutusyksikön toiminta on osa Kotona asumista tukevia palveluja, joka taas kuuluu osana Koti- ja laitospalveluihin. Kotona asumista tukeviin palveluihin kuuluvat myös kotihoito ja terveyskeskussairaala. Koti- ja laitospalveluihin kuuluvat lisäksi ympärivuorokautinen hoiva ja hoito eli muistipoliklinikka, vanhainkodit ja asumispalveluyksiköt. Vammaisten palveluihin kuuluu lisäksi kehitysvammaispalvelu sekä ikääntyneiden ja vammaisten hyvinvointia tukeviin palveluihin kuuluvat palveluohjaus, omaishoidon tuki ja kotihoidon tukipalvelut. Lisäksi koti- ja laitospalveluihin kuuluvat myös lääkäripalvelut, varahenkilöstö sekä hallinto ja kehittäminen. Koti- ja laitospalvelut ovat osa perusterveydenhoitoa yhdessä terveydenhuollon kanssa.

Koti- ja laitospalvelut 2011

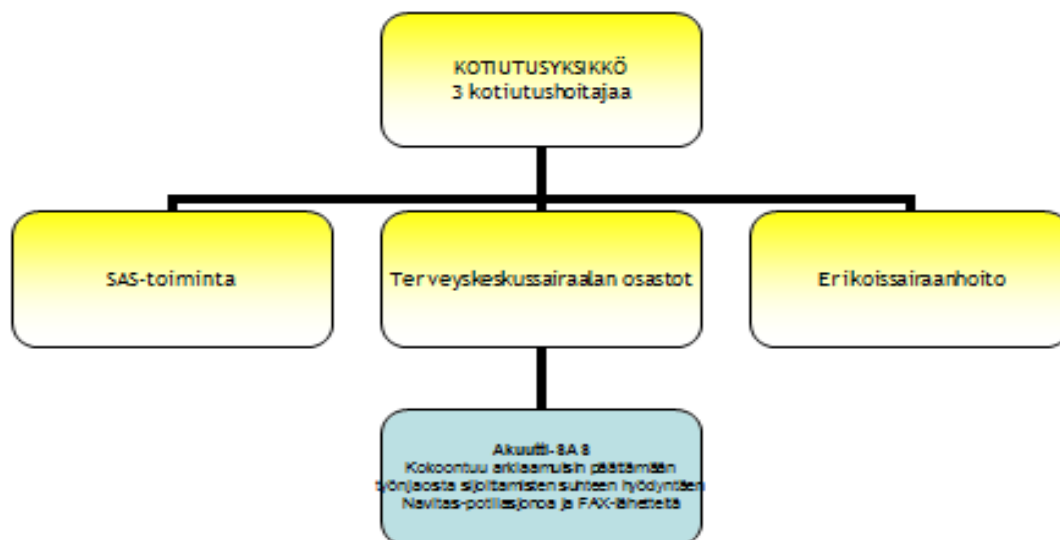
21.3.2011



Kuvio 3. Koti -ja laitospalvelujen organisaatiokaavio

Hyvinkään kaupungin Koti- ja laitospalveluissa kehitettiin vuosien 2009-2010 aikana toiminnan ydinprosesseja, kuten kotiutuminen, SAS ja palveluohjaus. Kotiutus- ja SAS-toiminnan kehittämisprosesseissa tuli esiin tarve myös tarkastella ASK- toimintaa eli arviointia, sijoitusta ja kotiutusta. ASK-toiminnassa liittyvät kiinteästi yhteen SAS ja- kotiutustoiminta, joiden kehittämiseen perustettiin jatkotyöryhmä. Tarkoituksena oli yhtenäistää SAS-työskentely ja aikaisempi kotiutustoiminta tiiviiksi kokonaisuudeksi sekä luoda mittaristo, joka mahdollistaa toiminnan seurannan. Työryhmän tarkoituksena oli kartoittaa vuoden 2010 SAS- ja kotiutustoiminnan vahvuudet ja heikkoudet sekä tulevaisuuden mahdollisuudet. Vahvuuksiksi koettiin nykyinen osaaminen, toiminnan jatkuva kehittäminen ja kehitysmönteisyys, joiden myötä kehittämisen painopisteeksi muotoutui nykyisen toiminnan uudelleen organisointi sekä uusien toiminta- ja työtapojen miettiminen. Työryhmän päätöksellä nykyisen SAS- ja kotiutustoiminta nimettiin kotiutusyksiköksi. (Koti- ja laitospalvelut 2010, 1.)

Kotiutusyksikköprosessi



Kuvio 4. Kotiutusyksikköprosessi

3.1 Kotiutushoitajatoiminta Hyvinkäällä

Kotiutushoitajatoiminta alkoi Hyvinkäällä vuoden 2003 alussa yhdellä kotiutushoitajalla, jonka tehtäväkenttänä oli alkuun ainoastaan terveyskeskussairaalaan toteutettavat kotiutukset kotihoitoon turvin. Vuoden 2010 toukokuussa perustettiin kotiutusyksikkö, johon kuuluvat ammattinimikkeeltään kolme kotiutushoitajaa, joista yhdellä on erikoissairaanhoitajan koulutus, yhdellä on sairaanhoitaja (AMK) koulutus ja yhdellä sosiaaliskasvattajan ja geronomi (AMK) koulutus. Kotiutushoitajien työt on jaettu niin, että yksi hoitaa sijoitukset laitoksiin, yksi hoitaa kotiutukset terveyskeskussairaalaan sekä yksi hoitaa kotiutukset erikoissairaanhoitoon puolelta. (Koti- ja laitospalvelut 2010, 2.)

Tarkoituksena oli myös selkeyttää kotiutushoitajan työnkuvaa rajaamalla tehtäväkenttää eli siis yhden kotiutushoitajan toimialueena ovat terveyskeskussairaalan osastot, yhden toimialueena ovat erikoissairaanhoitoon osastot Hyvinkään, Kellokosken sekä Kiljavan sairaaloissa ja yhden kotiutushoitajan vastuualueena on SAS-toiminta. Kotiutusyksikön mielestä työn tunteudesta tulee tiiviini kotiutusyksikön yhteistyön ja sijaistamisen myötä. Kotiutusyksikön toiminnan alkaessa on ollut myös tavoitteena selkeyttää SAS- ja kotiutustoimintaa. Kotiutusyksikön toiminnan alkaessa myötä hyödynnettiin vanhoja toimintaa kuvaavia mittareita sekä laadittiin

uusista. Mittariston tarkoituksena on mitata kotiutustoiminnan sujuvuutta ja tehokkuutta sekä seurata pitkäaikaissijoittumista. (Koti - ja laitospalvelut 2010, 3.)

Erikoissairaanhoidossa toimivan kotiutushoitajan päivä alkaa aamulla katsomalla tietojärjestelmästä Navitaksesta siirtoportaalia eli erikoissairaanhoidosta perusterveydenhoitoon odottavien potilaiden jonoa. Navitas on sosiaali- ja terveydenhuollon asiakas- ja hoitotiedon hyödyntämistä tehostava palvelukokonaisuus. Navitas on ratkaisuna organisaatioiden ja eri toimintayksiköiden välisessä tiedonkulussa ja siinä hyödynnetään asiakkaan aiemmin tallennettuja hoito-, tutkimus- ja laboratoriotietoja. Kotiutushoitajan tarkoituksena on arvioida ja kartoittaa mahdolliset erikoissairaanhoidon osastoilta suoraan omaan kotiin kotiutuvat ja suoraan omalle laitospaikalle siirtyvät. Tavoitteena on kartoittaa mahdolliset potilaat, jotka eivät tarvitse terveystieteidenkeskusta. Kotiutushoitaja selvittää kiertämällä eri erikoissairaanhoidon osastoja myös mahdollisia kotiutuvia potilaita, jotka eivät ole jonossa. (Koti- ja laitospalvelut 2010, 3.)

Kotiutusyksikön kotiutushoitajat seuraavat kuukausittain toimintaansa kotiutusten ja laitossijoitusten pohjalta. Kotiin kotiuttavat kotiutushoitajat seuraavat heihin otettuja yhteydenottoja, keskusteluja, hoitoneuvotteluja, kotikäyntejä sekä kotiutusten määriä. Lisäksi mitataan osastojakson pituutta sekä sitä, miten kotiutushoitajiin on oltu yhteydessä miltäkin osastolta. Laitossijoituksia eli SAS-toimintaa tekevä kotiutushoitaja seuraa, kuinka pitkään potilas odottaa paikkaa sekä onko sijoitus ollut profiloinnin mukainen eli onko potilas oikeassa paikassa oikeaan aikaan.

Viime vuosien aikana on useassa kunnassa havaittu miten tärkeää on panostaa kotiutuksiin sekä kotiutushoitajatoimintaan. Riihimäellä on kehitetty vuonna 2010 asiantuntijajohtajajärjestelmää, jossa kotiutumisen asiantuntijasairaanhoitaja on linkkinä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä samalla tavalla, kuin meillä Hyvinkäällä on jo ollut. Toiminta on lisännyt hoitohenkilökunnan yhteistyötä, ymmärrystä ja tietoa hyvän kotiutuksen periaatteista ja sisällöstä. (Luoma, Vikberg-Aaltonen & Kukkola 2012, 29.)

Kotiutushoitaja on oman alansa asiantuntija, jonka asiantuntijuus on kasvanut oman koulutuksen ja kokemuksen mukana. Lisäksi kotiutushoitaja tarvitsee työssään kykyä hyödyntää omaa tunteisiin sekä ajatuksiin liittyvää kokemusta. (Vilen, Leppämäki & Ekström 2008, 77.) Kotiutuksissa toimivan yhteyshenkilön, Hyvinkäällä kotiutushoitajan on todettu auttavan vanhuksen hoidon jatkuvuutta, parantavan kommunikaatiota eri yhteistyötahojen välillä, parantavan kotiutuksen laatua sekä vähentävän ongelmia kotiutuksen yhteydessä. (Koponen 2003, 24.)

Tieto vanhuksesta ja hänen asioistaan saattaa välittyä monen välikäden kautta ja kotihoidon työntekijää saattaa olla hankala tavoittaa työn luonteen ja teknisten apuvälineiden kuten

gsm-puhelimen puuttumisen vuoksi. Työnjakoa ja yhteistyötä eri ammattiryhmien välillä ei ole yhteisesti sovittu eikä erityisosaamista ole hyödynnetty. Myös vanhus ja hänen läheisensä on unohtettu syrjään tehtäessä hoito- ja palvelusuunnitelmaa. Ongelman ratkaisuna kotiutumisen onnistumiseksi on esitetty henkilöä, joka koordinoi, ohjaa ja opastaa virallisen ja epävirallisen avun, julkisen ja yksityisen sektorin tarjoaman avun hankkimisessa. Kansainvälisessä kirjallisuudessa vanhuksen hoitoa koordinoivasta henkilöstä käytetään termiä case manager, jonka suomenkielinen käännös on palveluohjaaja. On kyse asiakaslähtöisestä toimintamallista, jolloin arvioidaan potilaan terveyttä, suunnitellaan palveluja ja koordinoidaan asiakkaan tarpeita vastaavaa apua. (Perälä ym. 2003, 13.)

Ala-Nikkolan & Sipilän (1996) mukaan case management käsitettä on useaan kertaan yritetty suomentaa, mutta siihen on ollut vaikea löytää ratkaisua. Yhdysvalloissa ja Britanniassa case management on tullut lakisääteiseksi palvelujärjestelmäksi, jonka prosessina on tarkoitus määrittää ihmisen yksilölliset ja yhteensopivat palvelutarpeet. Tässä prosessissa on keskeistä palvelujen keskitetty ja vastuullinen suunnittelu yhdessä palveluja käyttävän henkilön kanssa. Tampereen yliopistolla eräässä tutkimusprojektissa 1994 on yhteisesti päätetty ”kääntää” case management -termi yksilökohtaiseksi palveluohjaukseksi ja tällöin case manager on yksilökohtainen palveluohjaaja.

Case management -tyyppisellä toiminnalla on voitu parantaa asiakkaan hoidon jatkuvuutta ja laatua sekä toimintakykyä. Eri tahojen, unohtamatta vanhusta, välistä kommunikaatiota on pystytty parantamaan. Tämän tyyppisellä toiminnalla on myös ollut kustannusvaikutuksia. Vastaavan toiminnan avulla on pystytty vähentämään sairaalaan joutumisia sekä epäonnistuneita kotiutuksia. Toiminta on vähentänyt vanhuksen ja omaisten stressiä ja rasittuneisuutta, kun he ovat saaneet riittävästi tietoa ja apua. Toiminnan avulla hoito on muuttunut yksilöllisemmäksi. Henkilökunnan yhteisen suunnitelman sekä palvelujen tarkoituksenmukaisen käytön myötä on tiedonkulku parantunut. Palko-malli on kehitetty esimerkiksi case management tutkimusten pohjalta yhteistyönä erikoissairaanhoidon, terveyskeskussairaalan sekä kotihoidon henkilökunnan kanssa erään kunnan alueella 1998-1999 välisenä aikana. Mallin tavoitteina on hoidon jatkuvuus, asiakaslähtöisyys, avohoitopainotteisuus sekä asiakkaan itsensä mahdollisuus osallistua huomioiden hänen itsemääräämisoikeutensa. Malli sisältää eri menetelmiä, jolla pystytään edistämään tiedon esteetöntä ja nopeaa siirtymistä eteenpäin eri toimijoiden välillä, asiakkaan hoito- ja palvelukokonaisuuden koordinoitua, yhteistyötä eri ammattiryhmien välillä sekä kotihoidon työn hallintaa. (Perälä ym. 2003, 14.)

4 Ikäihminen

*”Jokainen haluaisi elää kauan,
mutta kukaan ei haluaisi tulla vanhaksi.”*

Pope - Swift, Thoughts on various subjects.

Opinnäytetyössämme käytämme niin ikäihmis-sanaa kuin vanhus-sanaa samaa tarkoittaen. Opinnäytetyössä käytämme myös sanaa potilas, koska sairaalassa käytetään henkilöstä tätä nimitystä sekä kotihoidossa käytetään asiakas-nimitystä. Tilastollisesti on määritelty, että vanhuus alkaa samaan aikaan vanhusikäen kanssa. Nykyisin gerontologisen tietämyksen lisääntyessä on todettu varsinaisen vanhuuden ja ulkopuolisen avuntarpeen alkavan noin 75-80 vuoden iässä, vaikkakin kansainvälisesti gerontologisessa kirjallisuudessa ikärajaksi on sanottu olevan 85. (Räihä 2000, 1.) Vanhuudesta puhutaan myös sanalla ikääntyminen. Ikäkäsitystä voidaan tarkastella monelta näkökannalta. Kronologista ikää tarkastellaan kalenterivuosisssa, kun taas biologisessa ikäkäsityksessä tarkastellaan yhdessä kalenterivuosisien mukaista ikää ja biologista ikää. Sosiaalisessa ikäkäsityksessä käsitellään ikääntymistä yhteiskunnallisesta asemasta sekä vanhuuteen liittyvien oikeuksien, velvollisuuksien, normien ja asenteiden näkökulmasta. Oma tunne ikääntymisestä on taas subjektiivinen ikäkäsitys. (Ihalainen & Kettunen 2011, 132-133.)

Sarvimäen ja Heimosen mukaan tämän päivän Suomea on kutsuttu ikääntyväksi yhteiskunnaksi. Tämä johtuu siitä, että 65 vuotta täyttäneiden määrä ja osuus koko väestöstä kasvaa voimakkaasti tulevina vuosikymmeninä. (Sarvimäki & Heimonen, 2010, 14.) Eurooppalaisen vertailun mukaan suomalaiset ovat nuorekas kansa, mutta jo muutaman vuoden kuluttua olemme keski-ialta Euroopan vanhin kansa. Hyvä asia on vanhenevan väestön hyvä toimintakyky, joka on Suomelle vahva voimavara. Toisaalta kuitenkin erityisesti aivojen sairauksien lisääntyminen lisää tarvetta järjestää uudella tavalla palveluja. Arjen paineissa selviytymistä tulee parantaa ja kehittää, jotta voidaan pidentää työuria sekä edistää omatoimista selviytymistä. Yhtenä keinona voidaan käyttää kuntoutusta, joka ei perinteisellä tavalla toteudu. Terveyspalvelujen tarjoaminen on vuorovaikutteisesta huomioiden henkilön ehdot yhdessä asiantuntijan kanssa. (Koivuniemi & Simonen 2011, 17-18.)

Heikkisen (2002) mukaan elinajan pitenemisen myötä vanhuuden elämänvaihe on tullut mahdolliseksi yhä useammalle ihmiselle. Kehitys on johtanut iäkkäiden väestöryhmien koon ja väestöosuuden kasvamiseen. Samalla on kyseessä ajallisesti pitenevä elämänvaihe ihmisen elämänsä aikana. Vanhuus on luonteeltaan moniulotteinen asia, eikä vanhuuden alkamisajankohdasta siksi saavuteta helposti yksimielisyyttä. Vanhuus on joidenkin mielestä enemmänkin tunnetila kuin tiettyyn kalenterivuosisien määrittelemään ikään perustuva vaihe: ihminen on vanha silloin, kun hän tuntee itsensä vanhaksi.

Suomessa jatkuu edelleen väestörakenteen muutos, jolloin odotettavissa on eliniän piteneminen sekä syntyvyyden lasku. Vanhusten määrän uskotaan kasvavan nopeasti lähitulevaisuudessa, kun taas lasten, nuorten sekä työikäisten määrä vähenee. Vanhusten määrän kasvaessa tulee kuntien miettiä aktiivista ikäpolitiikkaa, jossa huomioidaan vanhusväestön tarpeet ja mahdollisuudet. Ikääntyminen koskettaa ilmiönä vanhusväestön lisäksi kaikkia ihmisiä. Ajatteluun tulee saada mukaan jo lapsena ennaltaehkäisevä toiminta sekä jo nuorena terveyttä edistävät elintavat. Vanhuksen kotiutumisen ja kotona itsenäisen selviytymisen tukena tulee huomioida myös asuinolosuhteet, palvelujen sekä osallistumismahdollisuuksien turvaaminen. (Suomen kuntaliitto 2006, 9-13.) Lisääntyvän avuntarpeen siirtäminen tulevaisuuteen sekä kotona asumisen tukeminen onnistuu fyysisellä aktiivisuudella, terveellisellä ravitsemuksella sekä sosiaaliseen toimintaan osallistumisella. (Ihalainen & Kettunen 2011, 132.)

Vanhuusväestön osuus kasvaa eniten länsimaissa. Suurin osa ikäihmisistä sairastaa ainakin yhtä tai useampaa kroonista sairautta. (Leino-Kilpi ym. 2000, 67.) Väestön ikääntyminen tuo mukanaan terveydenhuollon ja vanhustenhuollon palvelujen tarpeen kasvun, joka taas tuo mukanaan paineita kehittää ja tehostaa palvelujärjestelmän toimintaa. Suurien ikäluokkien siirtyessä eläkkeelle on lisääntyvänä ongelmana olemaan työikäisten väheneminen, joka tuo haasteen etenkin hoito- ja hoiva-aloille. Palvelujen tarvitsijoiden kasvaessa perusterveydenhuollon sekä erikoissairaanhoidon tulee miettiä uusia tapoja parantaa palvelutuotannon taloudellisuutta, tuottavuutta sekä tehokkuutta. (Pekurinen, Junnila, Idänpään-Heikkilä & Wahlbeck 2006, 14.)

Vanhuspolitiikan tarkoituksena on tukea ja edistää vanhusväestön hyvinvointia. Väestön vanhenemisen myötä on tarve kehittää sosiaali- ja terveysalaa. Vanhuspolitiikan tarkoituksena on edistää vanhusten mahdollisimman hyvää elämänlaatua, jossa huomioidaan itsemääräämisen ja valinnanvapauden säilyttäminen, myös tärkeänä osana tukea itsenäistä selviytymistä. Vanhuspolitiikassa tulevaisuudessa tulee muistaa suurten ikäluokkien ikääntyminen sekä enenevässä määrin yksilöllisyys sekä oikeus olla päättämässä omista asioistaan. (Sainio 2004, 156.)

Ihmiset vanhenevat eri tavoin ja vanhuus rakentuu eri ihmisillä hyvin erilaiseksi. Monilla ihmisillä vanhenemisprosessiin ja vanhuuteen sisältyy voimavarojen heikkenemistä. Fyysinen raihnaisuus valtaa ihmisen, psyykkisellä tasolla uhkaavat muun muassa muistihäiriöt, masentuneisuus ja elämän kokeminen tarkoituksettomaksi. Sosiaalista maailmaa kuvaavat usein yksinäisyys ja turvattomuus sekä sosiaalisen tuen ja huolenpidon vähäisyys. Toisaalta monet ihmiset elävät vanhuuttaan varsin tyytyväisinä. Omat voimavarat ja tarvittaessa toisten tuki ovat riittäneet ylläpitämään tyydyttävää elämänlaatua. (Heikkinen 2002, 6.)

Ikääntymiseen liittyvä vanhenemisprosessi yhdessä sairauksien ja toiminnan vajavuuksien kasvavan määrän kanssa on tärkeimpiä elämänlaatua heikentäviä ja autonomista elämää uhkaa-

via tekijöitä. Vanhenemisprosessin tutkimustyön tuloksena opimme vähitellen yhä paremmin ymmärtämään, kuinka tärkeää on ylläpitää ikääntyvien toimintakykyä ja terveyttä. Näin kasvava osa iäkkäistä ihmisistä elää tavoitteidensa ja toiveidensa mukaisesti. Vanhuuden näkeminen sairautena perustuu osaltaan siihen tosiseikkaan, että ikääntymiseen liittyy sairastavuuden lisääntyminen. Vanhemmissa ikäluokissa on vain vähän terveitä, sen sijaan monitautisuus on yleistä. (Heikkinen 2002, 13-17.)

Vanhuuseläkkeellä olevien henkilöiden vanhus-nimityksen on todettu olevan liian homogeenisoiva ikäryhmälle, joka ulottuu 65 vuoden iästä jopa yli 100 vuoden elinikään. Vanhus-sanaan liitetään ajatuksia ihmisen raihnaisuudesta ja riippuvuudesta. Jäljellä olevat voimavarat ja toimintakykyisyys jätetään huomioimatta kokonaan tai jätetään vähäiselle huomiolle. Vanhuuseläkkeelle siirtymisen jälkeinen ajanjakso on pitkä, ja siihen mahtuu paljon yksilöllisiä elämäkokemuksia ja muutoksia omassa terveydessä, toimintakyvyssä ja perhetilanteissa. Näihin muutoksiin jokaisen on sopeuduttava ja selviydyttävä elämässä eteenpäin. Yhtenä vanhuuden merkinä onkin pidetty, ettei yksilö enää kykene sopeutumaan omasta kehosta tai ympäristöstä aiheutuviin muutospaineesiin. (Helin 2002, 39.)

Ensimmäiset epidemiologiset tutkimukset 1940-luvun Englannissa osoittivat, että kaikki iäkkäät ihmiset eivät ole sairaita ja raihnaisia. Tästä alkoi muodostua tutkimuslinja. Käsitteet terve vanheneminen, onnistunut vanheneminen ja aktiivinen vanheneminen muodostuivat tärkeiksi käsitteiksi vanhenemisen kuvauksessa. (Heikkinen 2002, 23.) Smith (2010) kertoo kuinka yhä useampi henkilö saavuttaa vanhuusiän Isossa Britanniassa. Tätä pidetään Britanniassa yhtenä nykyajan suurimmista saavutuksista. Vanhuusiässä on useimmilla vakaa taloudellinen tilanne ja terveyttä. Käytännössä tilanne on kuitenkin toinen, sillä ikäihmiset tarvitsevat apua terveydenhuollon ammattilaisilta sairauksien estämiseen ja hoitamiseen. (Smith 2010, 58-59.)

lääkällä ihmisillä sairaudet ovat yleisiä. Sairauksista huolimatta ihmiset saattavat selviytyä elämänsä haasteista hyvin. Sairaudet kertovat vain osan iäkkäiden ihmisten tilasta ja palvelujärjestelmille tulevista haasteista. Iäkkäiden ihmisten hyvinvointia tarkasteltaessa nousevat sairauksien rinnalle ihmisten toimintakykyisyys ja sairauksista aiheutuneet toiminnanrajoitteet. Suomalaiset selviytyvät sairauksistaan huolimatta kohtuullisen hyvin itsenäisesti aina 80 ikävuoteen asti, mutta tämän jälkeen alkavat sairauksista johtuvat toiminnanrajoitteet vaikeuttaa selviytymistä. Iäkkäät ihmiset eivät toivo itseään kutsuttavan vanhuksiksi pelkän iän perusteella. Iäkkäiden ihmisten itse kokemana varsinainen vanhuus näyttää alkavan siinä vaiheessa, kun ihmisellä on neljännelle iälle (noin 80 vuoden ikä) tyypillisiä toiminnanrajoitteita. (Helin 2002, 36-37.)

Vanheneminen on prosessi, joka monella tavalla vaikuttaa ihmisen käsityksiin elämästä ja omasta itsestään sekä ihmisen rooleihin ja arvoihin. Vanhenemiseen kuuluu yhteisiä ja yleisiä piirteitä, kuitenkin jokainen vanhenee yksilöllisesti. Iän kertyessä ihmisen tapa katsoa itseään ja antaa asioille merkityksiä muuttuu. Ikääntyminen on olennaisesti arvoja koskeva sisäinen tapahtumasarja, jolla mahdollisesti on suuri merkitys yksilön kannalta. (Lindqvist 2002, 233.)

Vanheneminen on elinikäinen prosessi, jonka aikana tapahtuu biologisia, psyykkisiä ja sosiaalisia muutoksia. Vanheneminen koskee ihmisen koko elämän eri vaiheita ja vanhuus on elämän varrella tapahtuneiden muutosten tulos. Vanhuuteen liittyy useita myyttejä ja uskomuksia, vanhuuden ymmärtämistä helpottaa ihmisen muiden elämänvaiheiden tunteminen. Tieteellinen tieto vanhenemisestä ja vanhuudesta on viime vuosina lisääntynyt. Aikaisemmin vanhuutta pidettiin sosiaalisena ongelmana, johon tuli etsiä yhteiskunnallisia ratkaisuja. Nykyisissä teorioissa ei niinkään tarkastella ”normaalaa” vanhenemistä, vaan vanhenemistä pidetään joko onnistuneena tai vähemmän onnistuneena. Onnistunut vanheneminen koostuu hyvästä terveydestä sekä psyykkisestä ja sosiaalisesta aktiivisuudesta. Tavanomaisella vanhenemisellä tarkoitetaan väestössä keskimäärin esiintyvää vanhenemistä ja siihen liittyviä sairauksia, kuten sitä, millä tavoin ihminen muuttuu ja miten sairaudet sävyttävät ikääntymistä. (Aejmelaeus, Kan, Katajisto & Pohjola 2007, 13-14)

5 Perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyö

Suomalaisessa terveydenhuoltojärjestelmässä kunnilla on keskeinen asema palveluiden tuottajina, järjestäjinä ja maksajina. Kunnat tuottavat ja järjestävät perusterveydenhuollon palveluja ja toimivat erikoissairaanhoidon palveluiden ostajina ja maksajina. (Jylhäsaari 2009, 17.)

Organisaatioiden välinen yhteistyö on kumppanuutta, organisaatioiden välistä pitkäkestoista liittoumaa. Kumppanuuden perustana on molempien organisaatioiden vahva osaaminen, molempipuolinen lisäarvo ja luottamus toiseen organisaatioon. Organisaatiot ovat kumppanuudessa tasavertaisia ja vapaaehtoisesti riippuvaisia toisistaan. (Aaltonen, Fyhr, Käpyaho, Mäkelä, Mäkijärvi & Rautiainen 2008, 47.)

5.1 Perusterveydenhuolto

Tarkoitamme opinnäytetyössämme perusterveydenhuollolla kotihoitoa. Perusterveydenhuoltoon sisältyy kotihoidon lisäksi esimerkiksi terveyskeskussairaala, laitoshoido sekä avoterveydenhuollon vastaanotot. Erikoissairaanhoido tekee tiivistä siirtoihin sekä kotiutuksiin liittyvää yhteistyötä etenkin terveyskeskussairaalan ja kotihoidon kanssa.

Useassa Suomen kunnassa, niin myös Hyvinkäällä on kotipalvelu ja kotisairaanhoido yhdistetty kotihoidoksi. Tässä yhdistämisessä on tarkoitettu henkilökunnan yhdistäminen sekä toiminnan uudelleen organisointi poistamalla päällekkäistä työskentelyä. Yhdistämisen tarkoituksena on ollut edistää hoidon jatkuvuutta sekä luoda turvallisuutta ja luottamusta. (Niskanen 2011, 1.)

Hyvinkäällä kotihoito kuuluu niin kuin kotiutusyksikkökin organisaatiossa koti- ja laitospalveluihin. Kotihoito on jaettu neljään alueeseen, jotka toimivat eteläisenä, itäisenä, läntisenä ja pohjoisena alueena. Jokaisella kotihoidon alueella on kolme kotihoidon tiimiä. Jokaisella alueella on alue-esimies ja tiiminvetäjäsaaraanhoidaja, jokaisella tiimillä sairaanhoidaja sekä jokaisessa tiimissä toimii lähinnä lähi- ja perushoitajia. (Niskanen 2011, 6.)

Hyvinkään kotihoito koostuu asiakkaan henkilökohtaisesta huolenpidosta, hoivasta, kotisairaanhoidosta sekä muista kotona selviytymistä auttavista tukipalveluista. Kotihoidon tarkoituksena on tukea ja edistää asiakkaan fyysistä, sosiaalista ja henkistä perusturvallisuutta. Kotihoidon on tarkoitus tukea kuntoutumista sekä arjessa selviytymistä. Kotihoidon palvelut on tarkoitettu henkilöille, jotka eivät pysty käyttämään avosairaanhoidonpalveluja. (Niskanen 2011, 6.)

Kansanterveystyöstä voidaan käyttää nimitystä perusterveydenhuolto, jolla tarkoitetaan yksilöön, väestöön sekä elinympäristöön liittyvää terveyden edistämistä, sairauksien ehkäisyä sekä yksilön sairaanhoidoa. Terveydenhuoltolaissa (1326/2010) säädetään kansanterveystyön sisältöä. Sosiaali- ja terveysministeriö valvoo sekä ohjaa kansanterveystyötä. Aluehallintovirasto valvoo taas omalla toimialueellaan kansanterveystyötä. Sosiaali- ja terveysministeriön alaisena toimivien aluehallintovirastojen toimintaperiaatteita, menettelytapoja ja ratkaisukäytäntöjä ohjaa sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto, joka ottaa huomioon kansanterveystyön yhdenmukaisen ohjauksen ja valvonnan. (Finlex.fi.)

Suomessa jokaisessa kunnassa on lähipalvelut saatavilla kunnan päättämässä laajuudessa. Erikoissairaanhoidon palvelut on järjestetty seudullisesti useamman kunnan asukkaille yhteisesti. (Pekurinen ym. 2006, 36.) Perusterveydenhuollossa voi saada palveluita terveyskeskuksissa, työterveydenhuollossa sekä yksityisillä lääkäriasemilla. Perusterveydenhuoltoon tulevista potilaista noin 5 % ohjataan erikoissairaanhoidon. Terveydenhuollon toimivuuden kannalta hyvä yhteistyö perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä on ensisijaisen tärkeää. (Matti 2005.)

Hyvinkäällä perusterveydenhuollon terveyskeskussairaalan palvelut on järjestetty kolmella eri osastolla. Terveyskeskussairaalan vuodeosastolla 1 Sandelininkadulla on 70 paikkaa, jotka on jaettu tiimeittäin kuntoutus-, infektio-, hoiva- ja dementiatiimeihin. Kaksi terveyskeskussairaalan vuodeosastoa sijaitsee Hyvinkään sairaalan yhteydessä. Osastoilla 11 ja 12 on potilas-

paikkoja kummallakin 30. Sairaalanmäen terveyskeskussairaala on profiloitunut akuuttiin sairaanhoitoon sekä osasto 11 etenkin saattohoitoon. Terveyskeskusvuodeosastot tekevät tiivistä yhteistyötä Hyvinkään sairaalan kanssa. Hyvinkään sairaalasta tulee potilaita niin päivystyksestä kuin vuodeosastoilta. Potilaita tulee myös Helsingin yliopistollisesta sairaalasta sekä Peijaksen sairaalasta. Terveyskeskusvuodeosasto voi tarvittaessa konsultoida erikoislääkäreitä Hyvinkään sairaalassa.

Perusterveydenhuolto on koko väestön saatavilla ja se on perusta maan terveysjärjestelmälle. Perusterveydenhuollon tehtävänä on yksilökeskeisen toiminnan lisäksi käyttää yhteisöllisiä keinoja. Perusterveydenhuollossa yleislääkäri hoitaa suurimman osan asioista. Perusterveydenhuollosta erikoissairaanhoidon ohjattu potilas saa tarvittavan hoidon erikoissairaanhoidossa ja palautuu perusterveydenhuoltoon ohjeistuksen kera. (Mattila 2005.)

Sosiaali- ja terveysministeriön käynnistämän Terveydenhuolto 2000-luvulle -hankkeessa tulee selkeästi esiin terveydenhuollon toimivuus, jossa korostetaan perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon hyvää yhteistyötä. On tärkeää kehittää perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välistä tiedonkulkua, poistaa päällekkäisyyksiä sekä kehittää joustavia organisaatioiden välisiä hoitoketjuja ja prosesseja. Suomessa luotiin kansanterveyslaissa (66/1972) vuonna 1972 koko väestön kattava terveyskeskusjärjestelmä, jossa määriteltiin yksilön terveydenhoidon, sairaanhoidon yms. tarkoituksiksi ylläpitää ja edistää väestön terveydentilaa, jossa vastuuyksiköiksi tulivat kunnat. (Mattila 2005.)

Perusterveydenhuollon toiminta on terveyden edistämistä, sairauksien ehkäisyä sekä hoitoa. Perusterveydenhuollon palveluja on mahdollista saada terveyskeskuksissa. Kansanterveyslain mukaan kunnan tulee olla yhteistyössä sairaanhoitopiirin kanssa voidakseen muodostaa kokonaisuuden kansanterveystyön ja erikoissairaanhoidon kanssa. Erikoissairaanhoidon perusterveydenhuollon kanssa tekee koko ajan lisää yhteistyötä suunnitellen ja kehittämällä uusia toiminnallisia kokonaisuuksia. Perusterveydenhuoltoa säätelee Kansanterveyslaki, jolla tarkoitetaan yksilöön ja hänen elinympäristöönsä kuuluvaa terveydenhoitoa ja muuta siihen liittyvää toimintaa sekä terveydentilaa ylläpitävää ja edistävää toimintaa. (Lauslahti 2007, 30-31.)

5.2 Erikoissairaanhoido

Erikoissairaanhoidon kustannukset kasvavat teknologian kehittymisen sekä lääketieteen edistymisen myötä. Kehitys on pääsääntöisesti ollut myönteistä. (Koivuniemi & Simonen 2011, 36.) Nykyisin isona kehittämiskohteena on erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollossa hoitoon pääsy. Erikoissairaanhoido liittyy tiiviisti perusterveydenhuollon ja vanhustenhuollon toimintaan. (Lauslahti 2007, 33.)

Osa erikoissairaanhoidon palveluista voidaan luokitella erityistason sairaanhoidoksi, jonka vuoksi maa on jaettu sairaanhoitopiirien erityisvastuualueisiin. Yliopistollisissa keskussairaaloissa annetaan erityistason hoitoa sekä lisäksi potilaat voidaan jakaa hoidon tarpeen mukaan psyykkisiin sekä somaattisiin hoitoihin. Myös erikoissairaanhoidon toiminta voidaan eritellä kiireelliseen ja ei-kiireelliseen hoitoon. Kiireellistä hoitoa tulee saada välittömästi. Erikoissairaanhoidon järjestämää hoitoa tulee saada säädösten mukaan omassa kuntayhtymässään ja kiireellisissä tapauksissa myös kotikunnasta riippumatta. (Lauslahti 2007, 33.)

Erikoissairaanhoidon porrastetun terveydenhuoltojärjestelmän erikoislääkärijohtoinen toinen kerros, jonka piiriin kuuluu sairauksien tutkimuksen ja hoidon lisäksi myös ennaltaehkäisyä ja kuntoutusta. Erikoissairaanhoidolaki (1062/1989) ja valtiosuus uudistus muuttivat erikoissairaanhoidon toimintaympäristöä 1990-luvulla, johon sopeutuminen on kestänyt pitkään. Erikoissairaanhoidon keskittyminen perustehtäväänsä näkyi viime vuosikymmenellä pitkäaikaispotilaiden siirtymisenä perusterveydenhuoltoon. Vuodeosastohoitajaksojen keskimääräinen kesto lyheni 1990-luvun aikana lähes puoleen entisestä samalla kun avohoitokäyntien ja hoidettujen potilaiden määrät suurentuivat huomattavasti. Keskittyminen perustehtävään on samalla lisännyt työtahtia ja työn vaatimustasoa. Lähivuosien kehittämishaasteena on varmistaa henkilöstön riittävyys, osaaminen ja jaksaminen sekä lisäksi parantaa avopalveluiden saatavuutta ja kehittää uusia toimintamalleja (Teperi 2005.)

Tavoitteena on vahvistaa ja kehittää entisestään alueiden välistä ja erityisesti erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon alueellista yhteistyötä. Kansallinen terveyshanke korostaa erikoissairaanhoidon asemaa muun muassa antamalla sairaanhoitopiirille vastuun sairaalaan lähetetyn potilaan hoidon järjestämisestä sekä erikoissairaanhoidolle vastuun valtakunnallisesti yhtenäisen hoitoon pääsyn perusteiden laatimisesta. Kiireellisiä tapauksia lukuun ottamatta hoitoon pääsyyn vaaditaan lääkärin lähete joko perusterveydenhuollosta tai yksityislääkäriltä (Teperi 2005.)

Erikoissairaanhoidolaki astui voimaan 1990-luvulla, jonka myötä 21 sairaanhoitopiiriä syntyi. 1993 valtiosuus uudistus oli suuri muutos erikoissairaanhoidolle. Uuden järjestyksen mukaan toimimista opeteltiin koko 1990-luvun ajan. Uuden dynamiikan hyödyntäminen vaati uusia työkaluja. Erilaiset sopimusohjausmenettelyt ovat tapa antaa kunnille erikoissairaanhoidon ohjausvälineitä ja ennustettavuutta kustannuksiin sekä sairaanhoitopiireille ennustettavaa pohjaa toiminnan suunnitteluun (Erikoissairaanhoidolaki 1062/1989.)

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin luominen oli suurin organisaatiomuutos vuoden 2000 alussa. Uudenmaan sairaanhoitopiirin, Helsingin kaupungin ja Helsingin yliopistollisen keskussairaalan päällekkäisyyksiä karsittiin. Erikoissairaanhoidon kehittyi voimakkaasti 1990-

luvulla. Keskimääräiset hoitoajat vuodeosastoilla romahtivat runsaaseen puoleen ja vastavasti hoitajaksojen määrä kasvoi lähes 20 %. (Teperi 2005.)

HUS kuntayhtymän valtuusto hyväksyi tavoite- ja toimintaohjelman 19.10.2011 kokouksessaan. Toimintaympäristöä muuttavat lainsäädännön muutokset. Erikoissairaanhoidon ja kansanterveyslain suurelta osalta korvaava terveydenhuoltolaki tuli voimaan 1.5.2011. Lain tavoitteissa korostuvat terveystalouden asiakaslähtöisyys, perusterveydenhuollon vahvistaminen, terveyden edistäminen ja terveyserojen kaventaminen, terveydenhuollon laatu ja potilasturvallisuus sekä kustannusten kasvun hillintä. Potilas voi terveydenhuoltolain voimaan tultua valita yhteisymmärryksessä lähettävän lääkärin kanssa erikoissairaanhoidon toteuttajamista hyvänsä julkisesta toimintayksiköstä erityisvastuualueen sisällä. Vuoden 2014 alusta valinnan vapaus laajenee koskemaan kaikkia Suomen erikoissairaanhoidon julkisia toimintayksiköitä. (www.hus.fi.)

HUS-alueen väestömäärän ennustetaan jatkavan kasvuaan noin 1 prosentin vuosivauhdilla. Kasvu on nopeinta yli 65-vuotiaiden ryhmässä. Eläköitymisen myötä lisääntyy työterveyshuollon palveluiden ulkopuolelle olevan väestön määrä. Tämä lisää paineita julkisten terveystalouden palveluiden käyttöön. HUS:n palveluksessa on valtakunnan suurin terveydenhuollon osaajien keskittymä, joka kykenee myös kaikkein vaativimpaan erikoissairaanhoidon. Henkilökunnan nopea eläkkeelle siirtyminen luo epävarman tilanteen: riittävätkö yliopistojen ja ammattikorkeakoulujen koulutusmäärät kattamaan alueellisen henkilöstötarpeen. Lääketieteen teknologinen kehitys on nopeaa. Uusia tutkimus- ja hoitomenetelmiä sekä lääkkeitä otetaan käyttöön. Erikoissairaanhoidon uusiutuu viiden vuoden välein. Hoitojen vaikuttavuus paranee lisäten väestön toimintakykyä ja elinikää (www.hus.fi.)

HUS:n strategisia päämääriä vuosina 2012-2016 ovat: HUS on kansainvälisesti korkeatasoinen, uutta tietoa luova sairaalaorganisaatio, jossa potilaiden tutkimus ja hoito on laadukasta, oikea-aikaista, turvallista ja asiakaslähtöistä. HUS:n palvelutuotanto on kilpailukykyistä ja sen sairaalat ja yksiköt tarjoavat haluttuja työpaikkoja. HUS:n toimintaa ohjaavat arvot ovat ihmisten yhdenvertaisuus, potilaslähtöisyys, luovuus ja innovatiivisuus, korkea laatu ja tehokkuus, avoimuus, luottamus ja keskinäinen arvostus. (HUS edelläkävijä - vaikuttavaa hoitoa potilaan parhaaksi (www.hus.fi.)

Toinen meistä työskentelee Hyvinkään kaupungin kotiutusyksikössä kotiutusohitajana ja toinen toimii sairaanhoitajana Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin Hyvinkään sairaalan sisätautien vuodeosastolla sydänsolussa. Sisätautiosasto on osa erikoissairaanhoidon medisiinistä osastoryhmää. Osastolla hoidetaan sydän-, keuhko-, hematologisia sekä gastroenterologisia potilaita. Pääosa potilaista tulee oman päivystyspoliklinikan kautta, mutta myös Helsingin yliopistollisesta sairaalasta ja Peijaksen sairaalasta jatkohoitoon. Osa potilaista tulee

oman sairaalan sisätautipoliklinikan kautta elektiivisiin toimenpiteisiin esimerkiksi rytminsiirtoon tai lääkemuutoksia varten. Koko osastolla on tällä hetkellä 77 vuodepaikkaa. (www.hus.fi.)

Neurologian osasto 6 ja hengityshalvauksyksikkö kuuluvat myös kotiutushoitajan vastuualueeseen. Osastolla tutkitaan ja hoidetaan akuutteja neurologisia sairauksia vaativia lääkitys-, tutkimus- ja hoitoarvioita tarvitsevia sekä pitkäaikaissairauksia sairastavia potilaita. Osastolla toimii myös hengityshalvauksyksikkö. Sen toiminnasta vastaa keuhkosairauksien ylilääkäri. Potilaspaiikkoja on yhdestä kolmeen. Potilaspaiikkoja on yhteensä neurologian osaston kanssa 26. Pääosin potilaat saapuvat läheteellä päivystyksen kautta tai kutsuttuna suunnitellusti. (www.hus.fi.)

Kirurgian vuodeosasto kuuluu myös kotiutushoitajan vastuualueeseen. Kirurgisella vuodeosastolla on vuodepaikkoja 70. Osasto on jaettu neljään soluun: urologian, vatsaelin- ja yleiskirurgian, mutta siellä hoidetaan myös korva-nenä-kurkkutautien erikoisan potilaita, plastiikkakirurgian ja ortopedian potilaita. Suurin osa Hyvinkään sairaanhoitoalueen väestöpohjan asukkailla tehtävistä leikkauksista tehdään Hyvinkään sairaalassa. Hyvinkään sairaala on ollut edelläkävijä LEIKO-toiminnan (leikkauksen kotoa) kehittämisessä, jonka seurauksena nykyään noin 90 % muihin kuin kiireellisiin päivystysleikkauksiin potilas tulee leikkauspäivänä kotoa sairaalaan ja siellä suoraan leikkausyksikköön. Kaikkia kirurgisia potilaita ei leikata, vaan kirurgisia tauteja tutkitaan ja hoidetaan kirurgisella vuodeosastolla. Hoitoaika osastolla oli keskimäärin 3,4 vrk (2007). Osa potilaista siirtyy vuodeosastolta jatkohoitoon tai jatkokuntoutukseen muihin terveydenhuollon yksiköihin mm. terveyskeskussairaalaan. (www.hus.fi.)

Hyvinkään sairaalan yhteispäivystys (2012) on jaettu konservatiiviseen (sisätaudit, neurologia, keuhkosairaudet, lastentaudit) ja operatiiviseen (kirurgia, gynekologia, lastenkirurgia) päivystykseen. Erikoissairaanhoidon päivystykseen tullaan hätätapauksia lukuun ottamatta yleensä lääkärin läheteellä. Hyvinkään sairaalassa toimii myös Hyvinkään, Järvenpään, Mäntsälän, Nurmijärven ja Tuusulan yhteinen terveyskeskuspäivystys öisin klo 22-8 ja muina aikoina jokaisen oman kunnan päivystyspisteessä. Hyvinkääläisten terveyskeskuspäivystys toimii ympärivuorokauden sairaalan päivystyksen tiloissa. Kotiutushoitajan vastuualueeseen kuuluu lähinnä yleislääketieteenpäivystys. (www.hus.fi.)

6 Opinnäytetyön tavoite ja tarkoitus

Opinnäytetyön tavoitteena on lisätä työvälineitä kotiutustoimintaan. Kotiutustoiminnan on tarkoitus olla huomioiden ikäihmisten määrän ja laitospaikkojen vähyyden sujuvaa sekä riittävän nopeaa. Kotiutustoiminnassa on tarpeen miettiä yhteisiä toimintatapoja, joiden avulla voidaan saavuttaa hyvä kotiutus. Tavoitteena on tuoda myös Hyvinkään kotiutusyksikkö eri-

koissairaanhoidon tietoisuuteen. Tavoitteena on kehittää hyviä ja toimivia toimintatapoja, joiden avulla voidaan yhdessä erikoissairaanhoidon kanssa tehdä sujuvia potilassiirtoja ja kotiutuksia. Yhteisenä tavoitteena on mahdollisimman hyvin onnistunut hyvä kotiutus. Hyvinkäällä on jo tehty erikoissairaanhoidon kanssa yhteistyötä, joka koskee jonotuksia, potilassiirtoja yksiköstä toiseen sekä kotiutuksia. Näissä palaverissa on tullut myös selkeästi esiin organisaatioiden eri historia, toimintatavat sekä tavoitteet. Yhteistyötä on tarkoitus jatkaa eri yhteistyöryhmien kanssa. Esimerkiksi syyskuussa 2010 oli yhteisenä aiheena tiedon siirron parantaminen. Rajaamme opinnäytetyön erikoissairaanhoidosta kotiutuviin hyvinkääläisiin mahdollisesti kotihoitoa tarvitseviin potilaisiin, heidän omaisiinsa, osaston ja kotihoidon sairaanhoitajiin.

Tutkimuskysymyksemme ovat:

Millainen on hyvä kotiutus?

Miten kotiutuja on kokenut kotiutuksen?

7 Tutkimusmenetelmä opinnäytetyössä

Opinnäytetyössä käytämme tutkimusmenetelmänä kvalitatiivista tutkimusmenetelmää, koska mielestämme laadullinen tutkimusmenetelmä tuo opinnäytetyöhön sisältöä ja mahdollisesti uutta ulottuvuutta. Lähtökohtana on kuvata erikoissairaanhoidon kotiutuksia. Tavoitteena on ymmärtää tutkittavaa kohdetta. Tarkoitus on kuvata kohdetta kokonaisvaltaisesti. Tutkittavassa kohteessa ei tule tutkijana unohtaa arvoja, jotka muovaavat tutkittavan ilmiön ymmärtämistä. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa on pyrkimyksenä nähdä tosiasioita, ei välttämättä olemassa olevia väittämiä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2010, 161.)

7.1 Aineistonkeruumenetelmä

Opinnäytetyön aineistonkeruumenetelmänä käytimme teemahaastattelua. Työskentelemme kohderyhmän kanssa samaan aikaan, kuin keräämme materiaalia opinnäytetyöhön. Vaihtoehtona on teemahaastattelu, joka on välimuoto lomake- ja avoimen haastattelun välillä. Teemahaastattelussa haastattelu kohdentuu tiettyihin keskusteltaviin teemoihin. Teemahaastattelu ei edellytä tiettyä kokeellisesti aikaansaatua yhteistä kokemusta. Tarkoituksena on tutkia kohderyhmän kokemuksia ja ajatuksia tällä menetelmällä. Teemahaastattelusta tekee puoli-strukturoidun kaikille sama aspekti, aihepiiri ja teema-alueet. Teemahaastattelusta puuttuvat tarkat tiettyyn muotoon ja järjestykseen laitettut kysymykset, vaikkakaan se ei myöskään ole täysin vapaa niin kuin syvähaastattelu. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 47-48.)

Hurmeen (2006) tutkimuksen mukaan haastattelemisessa vuorovaikutustilanteet ovat ennalta suunniteltu, haastattelijan alulle panemat sekä ohjaamat. Haastattelija joutuu tavallisesti

motivoimaan haastateltavaa sekä ylläpitämään hänen motivaatiotaan. Haastattelijan tulee tuntea roolinsa. Tietoja tulee käsitellä luottamuksellisesti. Edellä hahmotettu kuva haastattelusta on ihanne, jota harvoin saavutetaan.

Hurmeen (2006) mukaan tutkija laatii haastattelurungon. Haastattelu suunnataan tutkittavien henkilöiden subjektiivisiin kokemuksiin tilanteista, jotka tutkija on ennalta analysoinut. Teemahaastatteluun päädytään siksi, että haastattelu kohdennetaan tiettyihin teemoihin, joista keskustellaan. Joustavuutta teemahaastatteluun saadaan, kun haastattelija on aktiivinen kuuntelija ja kysymyksiä voi laatia varastoon. Yksilön kokemuksia, ajatuksia, uskomuksia ja tunteita voidaan tutkia tällä menetelmällä. Haastattelussa korostetaan haastateltavien elämysmaailmaa ja heidän määritelmiään tilanteista. Yksityiskohtaisten kysymysten sijaan haastattelu etenee tiettyjen keskeisten teemojen varassa. Tämä vapauttaa pääosin haastattelun tutkijan näkökulmasta ja tuo tutkittavien äänen kuuluviin. Hurmeen viesti on, että havainnointi on kaiken tieteen, myös haastattelun taustalla. Luokittelu on perustavaa laatua oleva inhimillinen prosessi, joka luo ontologista turvallisuutta. Hirsjärven ja Hurmeen mukaan samassa tutkimuksessa on eduksi yhdistää kvantitatiivisia ja kvalitatiivisia osia. (Hirsjärvi & Hurme 2001, 26-33.)

Teemahaastattelulla on tarkoituksenmukaista löytää vastauksia tutkimuksen tarkoituksen ja ongelmanasettelun tai tutkimustehtävän mukaisesti. Tutkittavasta aiheesta on jo tieto eli valitut teemat perustuvat tutkimuksen viitekehykseen. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 75.)

Hannila ja Kyngäs (2008) ovat kirjoittaneet että, teemahaastattelua käytetään, kun halutaan selvittää vähän tiedettyjä asioita. Haastattelu sopii tutkimusmenetelmäksi, kun ei tiedetä, millaisia vastauksia saadaan, ja kun vastaukset perustuvat yksilön omaan kokemukseen. Teemahaastattelussa haastattelu kohdennetaan tiettyihin aihepiireihin, ja ominaista sille on se, että haastateltavilla on kokemuksia samankaltaisista tilanteista.

Opinnäytetyössä keskeisinä käsitteinä eli teemoina ovat hyvä kotiutus, kotiutusyksikkö, ikäihminen, erikoissairaanhoido ja perusterveydenhuolto. Teemoja ja niiden pohjalta tehtyjä kysymyksiä ei ole tarkoitus näyttää etukäteen haastateltaville. Tarkoituksena on tuoda esiin haastateltavien omakäsitys aiheesta.

7.2 Aineiston analyysi

Opinnäytetyön aineiston purkamiseen käytetään kahdenlaista tapaa toteuttaa. Aineisto voidaan kirjoittaa tekstiksi, josta puhtaaksikirjoitus eli litterointi voidaan tehdä koko haastattelusta tai se voidaan tehdä valikoiden vaikka teemoista. Toisen tavan mukaan teemojen koodaus tehdään suoraan tallenteista kuten ääninauhalta. (Hirsjärvi ym. 2001, 138.)

Hirsjärven ym. (2010, 222) mukaan tutkijan on tiedettävä ennen litterointia, minkälaista analysointia hän käyttää apunaan. Analyysitavan valinta perustuu siihen, mikä menetelmä antaa parhaiten vastauksen tutkimusongelmaan tai -tehtävään. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa ei ole olemassa selkeitä ja tiukkoja sääntöjä, joiden mukaan tulisi edetä. Vaihtoehtoja on paljon, mikä tekee valinnan vaikeaksi. Laadullisen tutkimuksen analysoinnin tekee mielenkiintoiseksi aineiston runsaus ja elämäläheisyys. Laadullisessa tutkimuksessa ei ole tutkijan mahdollista hyödyntää kaikkea keräämäänsä materiaalia, mikä ei ole myöskään tarpeen. (Hirsjärvi ym. 2010, 224-225.)

Käytämme analyysimenetelmänä laadullista sisällönanalyysiä. Sisällönanalyysi on perusanalyysimenetelmä, joka voidaan liittää erilaisiin analyysikokonaisuuksiin. Sisällönanalyysin avulla pyritään saamaan kuvaus tutkittavasta aiheesta tiivistetysti sekä yleisessä muodossa. Tämän analyysitavan avulla voidaan analysoida dokumentteja järjestelmällisesti ja objektiivisesti. Dokumentteina voivat olla esimerkiksi kirjat, artikkelit, päiväkirjat, keskustelut, haastattelut tai lähes mikä tahansa kirjalliseen muotoon saatu materiaali. (Tuomi 2009, 91-103.)

Sisällönanalyysillä on tarkoitus kuvata dokumenttien sisältöä sanallisesti. Tarkoituksena on kuvata tutkittavaa aihetta, ja analyysin tavoitteena on saada sanallinen ja selkeä kuvaus tutkittavasta aiheesta. Tarkoituksena on saada selkeä ja tiivis aineisto kadottamatta informatiivisyyttä; siis analysoinnin tarkoituksena on lisätä informaatioarvoa. Laadullinen aineiston käsittely perustuu loogiseen päättelyyn ja tulkintaan, jossa tutkittava aineisto hajotetaan osiin, käsitellään ja kootaan uudestaan loogiseksi kokonaisuudeksi. Laadullisessa aineistossa tehdään analyysia koko tutkimusprosessin ajan. (Tuomi 2009, 103-108.) Analyysiyksikkö voidaan määritellä eri tavoin esimerkiksi sanalla tai lauseella. Tässä ratkaisee aineiston laatu sekä tutkimustehtävä. Tavallisimmin yksikkönä on sana, lause, lauseen osa, ajatuskokonaisuus tai sanayhdistelmä. (Janhonen & Nikkonen 2001, 25.)

Aineistolähtöinen laadullinen aineisto eli induktiivinen aineisto voidaan jakaa kolmeen eri vaiheeseen. Analyysin kolmivaiheiset prosessit ovat aineiston redusointi eli pelkistäminen, aineiston klusterointi eli ryhmittely sekä abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen. Pelkistämisvaiheessa pelkistämistä ohjaa tutkimustehtävä, jolloin aineistoa pelkistetään litte-roimalla tai koodaamalla olennaiset ilmaukset. Pelkistämisvaiheessa voidaan etsiä aukikirjoi-tetusta aineistosta tutkimustehtävän kysymyksiä kuvaavia ilmaisuja. Klusteroinnissa kooda-tuista alkuperäisilmauksista käydään tarkasti läpi ja etsitään samankaltaisuuksia ja eroavai-suuksia kuvaavia käsitteitä. Samaa asiaa kuvaavat käsitteet ryhmitellään omaksi luokaksi sekä ne nimetään niitä kuvaavalla käsitteellä. Tässä vaiheessa on tarkoitus luoda pohjaa tutkitta-van kohteen perusrakenteelle sekä tuoda esiin alustavia kuvauksia tutkittavasta aiheesta. Kolmannessa vaiheessa seuraa aineiston abstrahointi, jossa erotetaan tutkimuksen kannalta olennainen tieto ja valikoidun tiedon avulla luodaan teoreettisia käsitteitä. Tässä vaiheessa

edetään alkuperäisistä ilmauksista teoreettisiin käsitteisiin ja johtopäätöksiin asti. Abstrahointia jatketaan yhdistelemällä luokituksia niin kauan, kuin aineiston sisällön kannalta on mahdollista. (Tuomi 2009, 108-111.)

Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä on tarkoituksena yhdistellä käsitteitä ja saadaan näiden avulla vastaus tutkimustehtävään. Sisällönanalyysi perustuu tulkintaan ja päättelyyn, jossa saadaan käsitteellisempi näkemys tutkittavasta kohteesta. Tutkija muodostaa yleiskäsitteiden avulla kuvauksen tutkimuskohteesta. Tarkoituksena on verrata teoriaa ja johtopäätöksiä koko ajan alkuperäisaineistosta uutta teoriaa muodostettaessa. Abstrahoinnissa empiirinen aineisto eli kokemusperäinen aineisto liitetään yhteen teoreettisten käsitteiden kanssa, ja tuloksissa kuvataan kokemusperäisistä aineistoista koottuja käsitteitä tai aineistoa kuvaavia teemoja sekä lisäksi luokittelujen pohjalta muodostuneita käsitteitä tai kategorioita sekä niiden sisältöjä. (Tuomi 2009, 112-113.)

Sisällönanalyysi voidaan myös muodostaa teorialähtöisesti eli deduktiivisesti, jolloin aineiston analyysi perustuu aikaisempaan viitekehykseen, joka voi olla teoria tai käsitejärjestelmä. Jokin teema tai käsite ohjaa analyysiiä. Deduktiivisessa analyysissä tulee ensimmäisenä muodostaa analyysirunko, joka voi olla väljä. Rungon sisälle muodostetaan aineistosta erilaisia luokituksia tai kategorioita. Analyysirunkoon poimitaan siihen aineistoltaan sopivat asiat ja ulkopuolelle jäävistä asioista voidaan muodostaa uusia luokkia induktiivisen sisällönanalyysin periaatteen mukaan. Aikaisempaa teoriaa tai käsitejärjestelmää voidaan tutkia uudemman kerran, jos analyysirunko on strukturoitu. Tällöin kerätään vain sellaista aineistoa, joka on sopivaa analyysirunkoon. (Tuomi 2009, 113.)

Teorialähtöisessä sisällönanalyysissä valitaan ensin analyysirunko, joka voi olla luotu aineistolähtöisen analyysin käsitejärjestelmästä. Tämän jälkeen tehdään aineiston pelkistäminen, jossa aineistosta poimitaan analyysirungon mukaisia ilmiöitä, jotka kuvaavat tutkittavia alaluokkia. Deduktiivisessa sisällönanalyysissä voidaan sijoittaa analyysirunkoon aineiston pohjalta joko ylä- tai alaluokkaa kuvaavia ilmiöitä. Teorialähtöisessä sisällönanalyysissä eri kategoriat määritellään aikaisemman tiedon perusteella sekä etsitään aineiston sisältöä kuvaavia lauseita. Analyysiiä ohjaa siis jo aikaisempi teoria tai käsitejärjestelmä. Deduktiivisessa analyysissä edetään siis pääosin yleisestä yksityiseen. (Tuomi 2009, 115.)

Opinnäytetyössä lähdimme analysoinnissa etenemään deduktiivisesti eli teorialähtöisesti. Tällöin tarkoituksena oli, että analyysiiä ohjasi ennalta tiedetty teema ja käsitekartta. Luimme läpi useaan kertaan haastattelussa esiin tulleita lauseita ja niiden yhtäläisyyksiä. Tulimme siihen tulokseen, että kaikkia aineistossa esiin tulleita kiinnostavia asioita ei voi tutkia, joten valitsimme tarkkaan rajatun ilmiön. Kaikkea tutkimuksessa esiin tulleita asioita olisi kiinnos-

tava tutkia, mutta on tärkeää oli valita tarkkaan rajattu ilmiö ja siitä tuli kertoa kaikki mitä irti saatiin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 92.)

7.3 Opinnäytetyön empiirinen toteutus

Opinnäytetyön ideointi ja kirjallisuuteen tutustuminen alkoi heinäkuussa 2010, kun tieto opiskelupaikasta varmistui. Tässä ensivaiheessa toiselle meistä oli heti selvää, että opinnäytetyö tulee olemaan työelämälähtöinen ja hyvin tiiviisti omaan työhön liittyvä aihe. Toiselle opinnäytetyön tekijälle aiheet vaihtelivat ja alkoi tuntua, että mikään ei tuntunut omalta. Vanha viisaus sanoo, että asioilla on tapana järjestyä, ja niin kävi nytkin. Tutkimussuunnitelma esitettiin huhtikuussa 2011. Opinnäytetyön alustava aikataulu sovittiin joulukuussa 2011. Tarkka aikataulu sovittiin tammikuun alussa 2012. Tutkimuslupaa haettiin HUS:sta ja Hyvinkään kaupungilta helmikuun alussa 2012 ja tutkimuslupa myönnettiin helmikuun loppupuolella 2012. Teoreettisen viitekehyksen kirjoittaminen tapahtui tammi-maaliskuussa 2012.

Opinnäytetyön raskain ja nopeatempoisin vaihe oli aineiston keruu, joka tapahtui haastattelulla teemahaastatteluilla yhdeksän henkilöä viikolla kymmenen ja yksi viikolla 11. Haastattelut nauhoitettiin ja nauhoitukset purettiin sanasta sanaan ensin käsin kirjoittaen, jonka jälkeen oli helppoa kirjoittaa tekstit tekstinkäsittelyohjelmalla. Yhteensä kirjoitettua tekstiä tuli 27 sivua. Heti haastattelujen jälkeen tapahtui aineiston analysointi, joka vaati myös paljon aikaa ja pohtimista yhdessä ja erikseen. Yhdessä analysoitaessa syntyi keskustelua ja oli saatavilla toisen tukea omiin ajatuksiin. Analyysi toteutettiin laadullisesti sisällönanalyysillä maaliskuussa 2012. Etsimme aineistosta ajatuskokonaisuuksia, jotka pelkistimme sekä muodostimme ala- ja yläkategoriat. Pohdinta, päätelmät ja oikoluku sekä lähteiden sekä lähdeluettelon tarkistus tapahtui huhtikuussa 2012.

Tulosten julkistaminen tapahtui alkuperäisen aikataulun mukaan toukokuussa 2012 sekä raportin kirjoittamisen loppuun saattaminen toukokuun lopussa 2012.



Kuvio 5. Opinnäytetyön aikataulu

8 Keskeiset tulokset

Esittelemme seuraavaksi opinnäytetyön keskeisiä tuloksia, joista tärkeiksi, merkittäviksi noussee hyvä kotiutus sekä kotiutusyksikkö. Ikäihminen käsitteenä avautui haastateltaville lähes samanlaisena. Erikoissairaanhoido ja perusterveydenhuolto olivat vaikeampia käsitellä.

8.1 Hyvä kotiutus

Haastatteluissa kysyimme miten haastateltavat määrittelisivät hyvän kotiutuksen. Eräät hoitajat ovat työssään todenneet, että *”Sit sanon jos on hyvin suunniteltu kotiutus siin säästyy taas jatkossa aikaa paljon.”*

Hoitotyössä hoitajat miettivät myös taloudellista puolta työssään, josta eräs hoitaja sanoi suoraan lainaten hänen sanojaan, että *”Se on kaikkien kannalta ja sanoisin yhteiskunnallinen säästö.”*

Haastateltavat kokivat tärkeimmäksi asiaksi hyvässä kotiutuksessa avuntarpeen huomioinnin. Avuntarve selvitetään hyvällä suunnittelulla, yhteistyöllä ja riittävällä tiedonkululla. Hyvässä kotiutuksessa yhden haastateltavan mielestä tulee huomioida, minkälainen potilas on kotiutumassa ja minkälaista apua hän siellä kotona tarvitsee. Haastateltavien mukaan tulee korottaa sosiaaliset suhteet kotona, onko vanhuksella omaisia vai asuuko hän yksin. Onko mie-

titty kuka käy kaupassa tai kuka yleensäkin auttaa. Yksi haastateltava oli työssään huomannut hyvän kotiutuksen selvittelyn helpottavan kotiutusta. Kotiutuessa alkuun toivottiin pehmeää laskua eli enemmän apua.

Yhden ikäihmisen sanomassa pelkistyi hyvän kotiutuksen ydin: ***”No miun mielestä hyvä kotiutus, jos otetaan selvää mitenkä sinne kotiin menee ja miten siellä sitten pystyy olemaan. Ja minun mielestä siinä on se juju.”***

Haastateltavat toivat esiin, kuinka tärkeää on huomioida turvallisuus kotiutustilanteessa. Eräs haastateltava toivoi, että kaikin tavoin varmistetaan asiat. Yksi haastateltava toi esiin, että pitkän sairaalajakson jälkeen kotiutus on iso muutos ja kotona selviytyminen huolettaa. Sairaalassa on turvallista ja apu on lähellä. Haastateltavat toivoivat, että iäkkäämmän ihmisen kotiutuksen yhteydessä huomioitaisiin, että vanhus ei joudu olemaan yksin tyhjässä kodissa. Haastatteluissa toivottiin riittävää tukea niin ikäihmiselle kuin hänen omaiselleenkin kotiutus-tilanteessa.

Omaiset toivoivat kotiutuksiin varmistusta siihen, että ikäihminen saa tarvitsemansa avun ja hänelle on varmistettu turvallinen kotiutus, jota hyvin kuvaa seuraava lause: ***”Tukea turvatomuuden tunteeseen kotiutuksen yhteydessä.”***

Yhden haastateltavan mielestä hyvä kotiutus on selkeä: varmistetaan kotiutuspäivä, lääkärin kanta, lääkemutokset, lääkitykset ja että kaikki muukin on kohdallaan. Varmasti kaikkien tavoite on se, että kotiutuminen sujuu ja potilas selviytyy kotona, eikä palaa sairaalaan hetken päästä uudelleen. Toivottiin selkeitä ja ymmärrettäviä ohjeita siitä, mitä kotona tulee tehdä ja miten tulee toimia. Haastatteluissa tuli esiin, että kotiutuksen suunnittelu tulee aloittaa heti hoitajakson alussa sekä yhteys aikaisessa vaiheessa mahdollisesta kotiutuksesta omaisiin ja kotihoitoon. Haastatteluissa toivottiin ennen kotiutusta ohjausta omatoimisuuteen.

Hoitajien mukaan ***”Hyvä kotiutus on semmonen missä on suunnitelma tehty etukäteen, että siitä informoidaan ajoissa.”*** Ajoissa informoitu kotiutus antaa kotihoodolle aikaa reagoida tulevaan kotiutukseen.

Hyvän kotiutuksen tukemiseksi tulee painottaa haastattelujen mukaan yhteistyötä ja tunnetavuutta organisaatioiden kesken. Haastatteluissa tuli esiin, että ei tiedetä sairaalan tai kotihoodon työnkuvaa. Haastattelujen myötä toivottiin säännöllistä yhteydenpitoa sekä tarpeen mukaan yhteydenottoa tilanteissa, jossa on epätietoisuutta kotihoodon toiminnasta. Haastatteluissa tuli esiin tietämättömyys siitä, mitä kotihoito pystyy tekemään, kuinka usein kotihoodon työntekijät pystyvät käymään sekä mitkä ovat kotihoodon resurssit.

Hoitajat niin osastoilla kuin kotihoidossa kokivat tärkeäksi yhteistyön, joka auttoi tuntemaan yhteistyötahon tekemää työtä. Erään haastateltavan mukaan ***”Yhteistyö on tärkeää, että olis sitä tietoa miten mikäkin toimii.”***

Haastatteluissa tiedustelimme, millaista ohjausta ja tietoa haastatellut potilaat ja omaiset olivat mielestään saaneet tai hoitajat olivat antaneet ennen kotiutusta. Haastatteluissa korostui tiedonkulku ja sen tärkeys. Hoitajat korostivat riittävän tiedottamisen tärkeyttä hyvässä kotiutuksessa. On tärkeä saada oikea-aikainen tieto jatkohoidosta sekä seurannasta. Omaisen näkökulmasta tietoa ei saa riittävästi, vaan tiedonsaanti on potilaan kertomisen varassa. Haastateltavista osa ei muistanut saaneensa ohjausta, osa jonkin verran ja yksi haastateltava sanoi kysyvänsä, jos ei ymmärrä.

Etenkin kotihoidossa helpottaa tiedon saantia yhteinen linkki toisen tietojärjestelmän tietoihin, josta eräs haastateltava kertoi seuraavasti: ***”Meillä on kaikilla Navitas luvat, jolloin käyn Navitaksesta kattoo, jos on jotain niin ku jotakin suurtakin muutosta. Se helpottaa tosi paljon, pääsääntöisesti kaikilta kattoo, ei varmaan ketään ole kieltäytynyt. Se on sujuvaa se asiakkaan hoito.”***

Kaikkien haastateltavien mielestä hoitoneuvottelut ovat hyvä idea kotiutustilanteissa. Hoitoneuvottelu on tarpeen uusille asiakkaille sekä tilanteessa, jossa on tapahtunut muutos vanhuksen voinnissa. Haastateltavat kokivat hoitoneuvottelun tuovan kotiutustilanteessa turvallisuuden tunteen, kun on etukäteen mietitty avuntarvetta. Haastateltavista on hyvä, kun ammatti-ihminen tuo esiin asioita, joita tulee miettiä kotona selviytymisen tueksi. Haastatteluissa tuli esiin, että olisi tarpeen saada enemmän ohjausta ja tietoa. Haastatteluissa on mietitty, onko resursseja pitää hoitoneuvotteluja. Haastatteluissa mietitytti erikoissairaanhoidon hoitoneuvottelujen vähäisyys.

Erikoissairaanhoidossa toteuttavia hoitoneuvotteluja ei ole kovin paljoa, jota ihmeteltiin kovasti. ***”Kyllä se ett se tulee mieleen mistä se johtuu ett siel ei näitä ole.”***

Pohdimme yhdessä haastateltavien kanssa, oliko heidän mielestään kotiutus tapahtunut oikea-aikaisesti. Hyvään kotiutukseen liittyy myös haastatteluissa esiin tullut oikeaan aikaan toteutunut kotiutus. Haastatteluissa tuli esiin, että jotkut lääkärit lähettävät potilaita eteenpäin ehkä liiankin aikaisin, kun taas joidenkin kohdalla kotiutus venyy. Haastatellut sairaanhoitajat kokivat voivansa vaikuttaa kotiutuksen ajankohtaan, lääkäri kysyy ajoittain lääkärin-kierrolla hoitajan mielipidettä. Haastateltavien mukaan ihanteellisessa tilanteessa voitaisiin kuunnella potilasta ja hänen omaisiaan potilasta kotiutettaessa, mutta haastateltavien mukaan resurssit eivät anna myöten. Kotiutuksen oikea-aikaisuus on vastaajan omakohtainen kokemus. Osa haastateltavista toivoi, että kotiutuksen ajankohdasta päätettäessä huomioitai-

siin ikäihmisen oma halu kotiutua. Eräs ikäihminen kokee että, ***”Itsehän sitä täytyy puolensa pitää”***

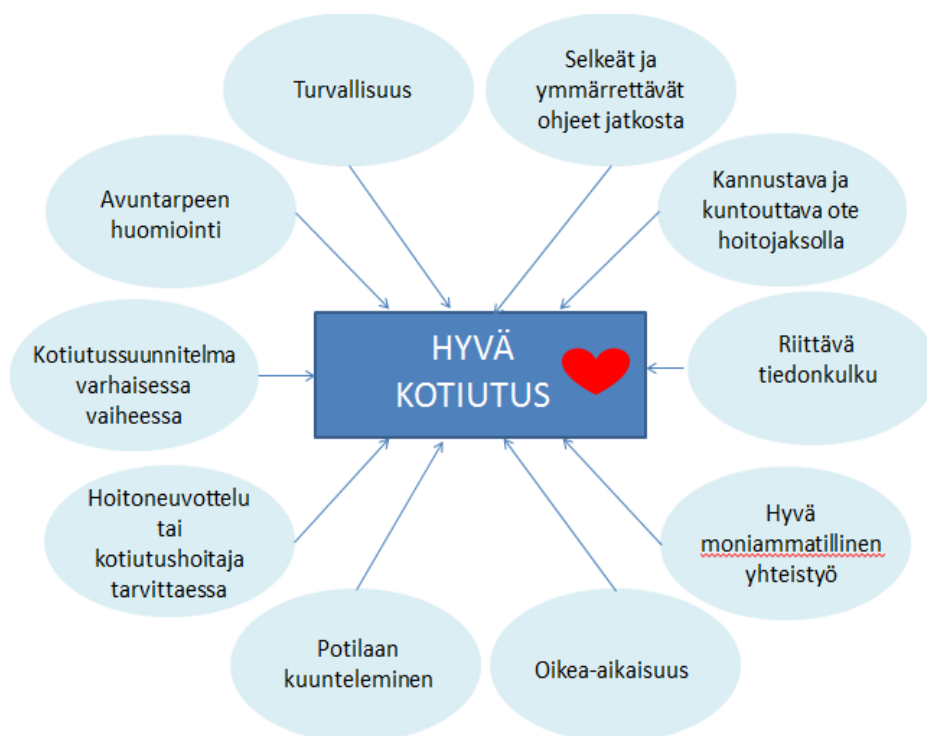
Tiedustelimme haastateltavilta millainen on heidän mielestään epäonnistunut kotiutus. Haastatteluissa epäonnistuneeksi kotiutukset koettiin, kun kaikki tapahtuu liian nopeasti, eikä potilas ole ollut valmis kotiutukseen. Näyttää siltä, että potilaita kotiutetaan liian varhain, koska osastopaikkoista on huutava pula. Toisaalta eräs haastateltava koki joutuneensa olemaan ylimääräistä aikaa osastolla toimenpiteen siirtymisen vuoksi. Kotiutusten epäonnistumisessa korostui kiire ja tuleva viikonloppu, jolloin ei ehditty järjestämään kotihoidon palvelua. Kiireen vuoksi ei myöskään ehditty ohjaamaan potilasta. Ongelmana koettiin myös se, että ei saatu yhteyttä omaisiin tai muuhun tukiverkoston. Haastatteluissa tuli esiin ongelmana, että vanhuksella ei ole kotiutuksessa mukana sovittuja lääkkeitä ja reseptit, on kotiutustilanne selvittämättä. Ei ole etukäteen sovittu, että kuka hakee, voiko potilas mennä kotiinsa ja millä kyydillä hän menee, onko hänellä omaisia tai onko hän edes kotihoidon asiakas.

Yhden haastateltavan mukaan: ***”No kyllähän se silloin alkuun tuntu monta kertaa, kun ei ollenkaan tiennyt kun kotiin lähettiin, että mikäs tässä nyt oli.”***

Niin omaisten kuin ikäihmisten mukaan ongelmana koettiin olevan se, että ***”Ainakin viimeksi oli huoli kuitenkin pärjäämisestä.”***

Haastatteluissa tulivat esiin useaan kertaan perjantain kotiutukset, joista ei ole ilmoitettu kotihoidolle eikä omaisille, ei ole varmistettu kotitilannetta tai soitto potilaan kotiutuksesta tulee hieman ennen kotiutusta tai ei muisteta soittaa ollenkaan. Haastatteluissa nousi esiin kotihoidon tiukka aikataulu sekä kiire.

Kotihoidon hoitajien mukaan osastoilla ei ole tietoa kotihoidon toiminnasta, jota hyvin kuvaa seuraava lause: ***”Tosi vähän sieltä ollaan yhteydessä että tuntuu kanssa että kotihoito on vähän niin ku semmonen vähän niin ku tuntematon käsite.”***



Kuvio 6. Hyvän kotiutuksen edellytykset

Hyvässä kotiutuksessa edellytyksenä ovat vanhuksen avuntarpeen huomiointi kartoittamalla osastojakson alussa ikäihmisen aikaisempi avuntarve sekä mahdolliset lisäavut. Ikäihmisten ja heidän omaistensa mielestä selkeät ja ymmärrettävät ohjeet jatkohoidosta hoidon jatkuvuuden kannalta olivat tärkeitä. Hyvän kotiutuksen edellytyksenä ovat riittävän varhainen kotiutussuunnitelma, riittävä tiedonkulku sekä hyvä moniammatillinen yhteistyö. Haastateltavien mielestä hyvän ja sujuvan kotiutuksen tukipilareita olivat turvallisuuden huomiointi, potilaan kuunteleminen, kotiutuksen oikea-aikaisuus sekä tarpeen mukaan kotiutushoitajan ammattitaidon hyödyntäminen.

8.2 Kotiutusyksikkö

Kysyimme haastateltavilta, mitä he tietävät Hyvinkään kotiutusyksikön toiminnasta. Erikoissairaanhoidon hoitajilla ei ole tarkasti tietoa kotiutusyksiköstä, mutta he tiesivät kotiutushoitajan Hyvinkäältä. *”Tota siis täytyy sanoa, että tää asia on hyvin epävarmalla pohjalla. Tiedän, että voin sinuun ottaa yhteyttä, kun meillä on potilas lähdössä kotiin, mutta siihen se oikeastaan jää.”*

Haastatteluissa tuli esiin, että kotiutusyksiköstä ei ole osastoilla hoitajilla tietoa. Kotihoidon hoitajat taas tekevät tiivistä yhteistyötä kotiutusyksikön kanssa. Potilaat eivät olleet tietoisia kotiutusyksikön toiminnasta. Omaisista yksi tiesi kotiutusyksikön olemassa olost.

Eräs hoitaja on toiminut niin erikoissairaanhoidossa kuin perusterveydenhuollossa ja hänen mukaansa : *”Kyllä se on sillon kun mä tulin, no mä jo silloinkin tiesin, mut sillon mulle perehdytyksessä kerrottiin, et on kotiutusyksikkö ja sen kanssa tehdään yhteistyötä.”* Osastoilla ja kotihoidossa tiedetään, että Hyvinkäällä toimii kotiutushoitaja. Hoitajat osastolla tietävät, että he voivat ottaa kotiutushoitajaan yhteyttä kotiutusasioissa. Hoitajat eivät tienneet, mitä kotiutushoitaja tekee. Eräs haastateltavista tiesi, että kotiutushoitajan toimenkuvaan kuuluu miettiä, mihin potilas sijoitetaan osastonhoitojen jälkeen.

Hoitajat kokivat seuraavasti: *”Tosiaan kotiutushoitajalla on paljon tietoa yleensäkin siitä kotiutumisesta ja näistä eri asioista mitkä tulisi ottaa huomioon ennen kotiin menoa että ainakin olen kokenut että tällaiset kotiutukset missä kotiutushoitaja on ollut mukana, niin on paljon sujuvampia ollut kuin semmoiset on muuten järjestetty.”*

Tiedustelimme haastateltavilta, miten kotiutusyksikköä voitaisiin hyödyntää kotiutustilanteissa. Haastateltavista osan mielestä yhteistyötä on ollut melko paljon. Kotiutushoitajan hyödyntäminen säästäisi haastateltavien mukaan hoitajilta aikaa, työtä ja voimavaroja. Yksi haastateltavista koki kotiutuksen järjestämisen ylimääräiseksi työksi.

Kotihoidossa koettiin kotiutushoitajan järjestämät hoitoneuvottelut hyödyllisiksi. Kotiutustilanteissa tulee paljon tietoa eikä kaikkea ehkä ymmärretä, mutta potilaat jää miettimään kotiutushoitajan kertomia asioita. Potilaat kokevat kotiutukset turvallisemmiksi, kun heille on kerrottu eri vaihtoehtoista. Haastateltavista osa kertoi olleensa kotiutushoitajaan yhteydessä ja saaden ammatillista tietoa lisävasta, kun taas osan mielestä ei oikein osata hyödyntää kotiutushoitajaa. Etenkin haastateltavat olivat sitä mieltä, että erikoissairaanhoidossa ei osata hyödyntää kotiutusyksikköä. Haastateltavien mukaan ollaan mahdollisuuksien mukaan varhaisessa vaiheessa yhteydessä kotiutushoitajaan hyödyntäen hänen osaamistaan.

Etenkin hoitajien mielestä oli tärkeää hyödyntää kotiutushoitajaa. Tätä kuvattiin seuraavasti: *”Mun mielestä tää nimenomaa kotiutushoitajan hyödyntäminen on erittäin tärkeä asia”*

8.3 Ikäihmisen, erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon määritelmät

Haastatteluissa kysimme määritelmää ikäihmisestä, johon eräs ikäihminen sanoi hyvin ja ytimekkäästi, että *”Se on kuka itsensä siks tuntee.”*

Miltei yksimielinen määritelmä ikäihmiselle oli, että iästä ei voi päätellä, onko ihminen vanha, vaan vanhuksen voi määritellä siitä, millainen on ihmisen oma kokemus tai tuntemus fyysisestä tai psyykkisestä iästä. Ikäihminen on yksilöllinen käsite, sillä ihmiset vanhenevat hyvin erilaiseen tahtiin nykypäivänä. Eräs haastateltava sanoi ikäihmisen olevan hauras ja tarvitse-

van apua. Eräs hoitaja sanoi ikäihmisen määritelmään: ”...*ett kyl mä sanoisin ett kaikki kaililla on se ikä siihen peruskuntoon ja sairauksiin ja näin jokainen me mennään niin ku sillä omalla janalla.*”

Haastateltavilta kysyttiin, mitä erikoissairaanhoido on. Haastateltujen mielestä erikoissairaanhoido on akuuttivaiheen hoitoa, erikoislääkärin kannanottoa tai taho, jonne yleislääkäri lähettää jatkohoitoon tai tutkimuksiin. Se on korkeampitasoista ja siellä on erikoistuttu johonkin tiettyyn osa-alueeseen. Käsitteenä erikoissairaanhoido koettiin vaikeana selittää. Erikoissairaanhoidon tiedetään olevan eri asia kuin perusterveydenhuollon.

Haastattelussa kysyttiin perusterveydenhuollon määritelmää. Perusterveydenhuollon tehtäviä ovat sairauksien ennaltaehkäisy sekä myös erikoissairaanhoidossa määrätyn hoidon toteuttaminen. Hoito on yleislääkäritasoisista. Perusterveydenhuollon palvelut miellettiin palautukseksi maksetuista verorahoista. Myös perusterveydenhuolto käsitteenä koettiin vaikeaksi selittää.

9 Pohdinta

Opinnäytetyössä haastateltavista suurin osa halusi innolla ensimmäisen kyselyn jälkeen osallistua haastatteluun. Haastateltavat olivat valmistautuneet tilanteeseen, vaikka he eivät olleet saaneet kysymyksiä etukäteen vaan ainoastaan teemat. Ikäihmiset ja omaiset olivat hyvin yksimielisiä vastauksissaan. Hoitajilla oli samanlainen näkemys hyvästä kotiutuksesta riippumatta siitä, olivatko he sairaalan vuodeosastolta vai kotihoidosta. Meille tekijöille oli yllättävää etenkin ikäihmisten innokkuus haastatteluun. Haastateltavista potilaat olivat iältään 67-85 -vuotiaita ja omaiset olivat iältään 40-64 -vuotiaita. Opinnäytetyössä tarkasteltiin kotiutusta monesta näkökulmasta mahdollisimman monipuolisesti. Ensinnäkin meistä opinnäytetyön tekijöistä toinen on töissä erikoissairaanhoidossa ja toinen perusterveydenhuollossa. Halusimme tuoda esiin osastolta ja kotihoidosta niin hoitajien kuin myös potilaitten sekä heidän omaistensa mielipiteitä kotiutuksista. Haastattelut antoivat monipuolisen kuvan henkilöitten kokemista kotiutuksista.

Me tämän opinnäytetyöntekijät olimme itsekin haastattelujen edetessä innostuneita aiheesta ja löytäen haastateltavien kanssa yhtäläisyyksiä kotiutustilanteista. Haastattelujen edetessä nousi esiin ajatus kiireettömän ohjauksen tarpeesta, jolloin otetaan huomioon yksilö ja hänen sosiaalinen ympäristönsä. Meidän tulisi hoitajina muistaa ajatella ikäihmisen tunteita ja tunteuksia. Meidän tulisi hoitajina asettua haastateltavan tilanteeseen. Tutkimuskiinnostuksen kohdistuessa ihmisen kokemuksiin on pohdittava myös tutkijan ja informanttien välistä suhdetta ja vuorovaikutusta. Osa eettistä laadullista tutkimusta ovat itsetutkiskelu ja henkilökohtainen reflektio. On myös arvioitava miten tutkijan tunteet ja tutkimusprosessin valinnat

linkittyvät toisiinsa. Opinnäytetyössä mietittäessä eettisiä kysymyksiä tulee punnita tutkimuksen riskejä ja hyötyjä sekä tehtyjen että hylättyjä valintoja. (Laitinen & Uusitalo 2007, 317.)

Opinnäytetyön aiheen valinta oli meille helppoa, koska molemmat omassa työssämme kohtaamme päivittäin ongelmia kotiutettavien potilaiden parissa. Kohtaamme päivittäin työssämme epätietoisuutta siitä, mitä tulee ottaa huomioon ikäihmisen kotiutuksessa. Hyvinkään sairaalassa hoitohenkilökunta huolehtii suurimmasta osasta kotiutuksia, ja vain murto-osassa kotiutuksissa kotiutusvaiheessa tarvitaan kotiutushoitajaa. Kotiutukset ovat yleensä nopea-tempoisia ja kotiutuksessa saattaa tulla yllättäviä ongelmia, joiden ratkaisemiseen kotiutushoitajan ammattitaito on ensiarvoisen tärkeä. Kotiutushoitaja on oman alansa asiantuntija, joka auttaa erikoissairaanhoidon kohdentamaan henkilökunnan resursseja itse hoitotyöhön. Hyvinkään sairaalassa ei kuitenkaan ole riittävästi tietoa kotiutusyksikön olemassa olosta, vaikkakin monet tietävät erikoissairaanhoidon kotiutushoitajan. Erikoissairaanhoidon kotiutushoitajan toimenkuvaa ei sen sijaan tunneta. Opinnäytetyön tavoitteena on antaa yhteisiä toimintamalleja kotiutustilanteisiin sekä tuoda kotiutusyksikköä henkilökunnan tietoon.

Mielestämme kotiutusyksikön ja kotiutushoitajan tuntemusta voidaan lisätä esittelemällä opinnäytetyötämme osastoilla, joilla erikoissairaanhoidon kotiutushoitaja toimii. Tavoitteena on esitellä opinnäytetyön tuloksia Hyvinkään sairaalassa, Hyvinkään terveyskeskusvuodeosastoilla sekä kotihoidossa. Tavoitteena on tehdä esittelyt osastotunneilla tai aamupalaverissa. Esittelyllä saadaan erikoissairaanhoidon kotiutushoitajan kasvot tunnetuksi, vaikkakin haastatellut hoitajat tunsivat kotiutushoitajan. Tavoitteena on tehdä tunnetuksi kotiutusyksikön ja kotiutushoitajan toimintaa. Haastatteluissa tuli esille, että kotihoidon lähihoitajat eivät välttämättä tiedä kotiutusyksiköstä. Ajatuksena on myös järjestää heille mahdollisuus saada tietoa kotiutusyksiköstä.

Haastatteluissa nousi esiin, että on hyvä olla kiinnostunut vanhuksen asioista, sillä se parantaa ikäihmisen tyytyväisyyttä. Turvattomuuden tunne ja yksinäisyys nousivat esiin useammassa haastattelussa. Oltiin tyytymättömiä kotihoidon avun karsimiseen. Aikaisemmin kotisairaanhoidossa ja kotipalvelussa oli mahdollisuus käydä ikäihmisen luona esimerkiksi kerran kuukaudessa katsomassa hänen vointiaan. Ikäihminen kokee olonsa turvalliseksi, kun hän tietää hoitajan olevan tulossa hänen luokseen. Monesti ikäihminen kokee riittäväksi asiaksi toisen ihmisen läsnäolon, kuuntelun ja keskustelun. Haastatteluissa ikäihmiset kokivat kotihoidon käynnit kiireisiksi, jolloin hoitajalla ei ole aikaa keskustella vanhuksen mieltä askarruttavista asioista.

Ikäihmiset haluavat asua kotonaan mahdollisimman kauan, ja omassa kodissaan asuu nykyään entistä useampia ja entistä huonokuntoisempia vanhuksia. Sairaudet eivät ole suurin ongelma, vaan niiden rinnalle nousevat turvattomuuden tunne ja yksinäisyys. Vanhukset, joiden omai-

set asuvat eri paikkakunnilla, jäävät yksin. Ainoa kontakti ulkopuolisiin saattavat olla kotihoiton käynnit, lääkärissä käynnit ja sairaalajaksot. Sairaalajaksot jäävät usein lyhyeksi, ja kotiutuminen omaan kotiin haastateltavien mukaan tapahtuu joskus heidän mielestään aivan liian varhain. Osa kotiutujista pelkää kaatumista, ja osa miettii, tulevatko kotihoito antamaan lääkkeitä. Aina kuitenkin pelot eivät ole näin konkreettisia, vaan taustalla on yleistä ahdistuneisuutta. Selviytyminen kotona, pelko kuolemasta ja yksinään olemisesta ovat yleisiä syitä ikäihmisen ahdistuneisuuteen. Kotihoidon mahdollisuudet venyttää ajallisesti käyntejään ikäihmisen luona ovat rajatut. (Uotila 2011, 68.)

Uotila (2011) tarkasteli tutkimuksessaan iäkkäiden ihmisten yksinäisyydelle annettuja erilaisia selityksiä, tulkintoja ja sisältöjä. Iäkkäiden ihmisten teksteissä ja lehtikirjoituksissa yksinäisyyteen yhdistettiin monia asioita ja yksinäisyys sai monenlaisia merkityksiä. Uotila tuli samaan tulokseen kuin aikaisemmissa tarkastelemissaan tutkimuksissa, että iäkkäiden ihmisten yksinäisyyttä selitettiin vähäisillä sosiaalisilla suhteilla ja heikentyneellä terveydellä ja toimintakyvyllä. Terveydenhuollon puutteelliset palvelut ja laajemmin vanhusten arvostuksen puute yhteiskunnassa on nostettu esille yksinäisyyttä aiheuttavana asiana.

Yksinäisyys on yksityinen ja subjektiivinen kokemus, ja siihen vaikuttavat olennaisesti iäkkäiden ihmisten yhteiskunnallinen asema, heidän kohtelunsa ja arvostuksena yhteiskunnassa sekä palvelujen saatavuus. Yksinäisyys ei ole pelkästään kielteinen ilmiö, vaan se koettiin myös myönteisenä. Myönteinen yksinäisyys tarvitsi jonkin lisämääreen, puhuttiin nautittavasta tai autuaasta yksinäisyydestä. Iäkkäiden ihmisten keskuudessa Uotilan (2011) tutkimuksessa naiset toivat esille yksinäisyyden ja turvattomuuden tunteen useammin kuin miehet. Ikäihmiset itse liittivät yksinäisyyden tunteita aiheuttaviksi asioiksi sosiaalisten suhteiden vähyyden ja terveyden sekä fyysisen toimintakyvyn heikentymisen. Myös yhteiskunnan kielteiset asenteet iäkkäitä ihmisiä kohtaan sekä oman luonteen tai käyttäytymisen seurauksena tulkittiin aiheuttavan yksinäisyyttä.



*"Kohtele minua hyvin,
sitten kun en enää muista nimeäni.
Sitten kun tämä päivä on sekoittunut eiliseen.
Sitten kun aikuiset lapseni ovat kasvaneet muistoissani pieniksi jälleen,
sitten kun en enää ole tuottava yksilö,
kohdelkaa minua silloinkin ihmisenä.
Välittäkää minusta,
antakaa rakkautta,
koskettakaa hellästi.
Kello hidastaa,
eräänä päivänä se pysähtyy kokonaan,
mutta siihen on vielä aikaa.
Antakaa minulle arvokas vanhuus."*

- Tuntematon -

9.1 Eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyön kirjoittamisessa ja raportoinnissa on noudatettu tutkimuksen eettisyydestä annettuja ohjeita ja suosituksia, esimerkiksi: väestön terveyden edistäminen ja ylläpitäminen, sairaanhoitajan ja potilaan välinen hoitosuhde perustuu avoimeen vuorovaikutukseen ja keskinäiseen luottamukseen. Saimme tutkimusluvan Hyvinkään kaupungin Koti- ja laitospalveluiden johtajaylilääkäriltä sekä HUS:n Hyvinkään sairaanhoitoalueen johtajalta helmikuussa 2012. (Liite 1.) Teemahaastatteluihin osallistuminen oli vapaaehtoista. Haastatteluun osallistuneet sairaanhoitajat saivat sähköpostitse ja puhelimitse informaation haastattelun teemoista ja vapaaehtoisuudesta. Potilaat ja omaiset saivat saatekirjeen, jossa missä kerrottiin työn tarkoitus ja tavoitteet. Haastattelujen sisältö oli ainoastaan opinnäytetyön tekijöiden saatavissa. Digitaaliset nauhoitteet hävitettiin asianmukaisesti ja litteroinnin paperitulosteet silputtiin aineiston analysoinnin jälkeen. Koska haastatteluihin osallistuneiden määrä oli suh-

teellisen pieni, oli tärkeää, ettei yksittäistä haastateltavaa kyetä tunnistamaan. Mielestämme aiheemme on tärkeä, hyvin ajankohtainen ja hyödyttää niin potilaita kuin henkilökuntaa työn ja kotiuttamisen kehittämisessä.

Opinnäytetyössämme tutkimme erikoissairaanhoidosta kotiutuvia hyvinkääläisiä ikäihmisiä ja on tarpeen kehittää yhteiset toimintatavat erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon kanssa. Opinnäytetyömme on työelämälähtöinen tutkimus, jonka tuloksilla on tarkoitus saada hyödynnettävyyttä työelämään. Autenttisuus tulee esiin kotiutustilanteissa, jossa tehdään yhteistyötä potilaan, hänen omaisensa ja eri organisaatioiden kesken. Jokaisella on oma näkökulma kotiutukseen ja se on jokaisen kohdalla yhtä oikea. (Aarnio & Enqvist 2012.) Koemme tämän tutkimuksen tärkeäksi, koska työssämme olemme todenneet, että kotiutushoitajan ammattitaitoa ei vielä osata käyttää erikoissairaanhoidon kotiutustilanteissa hyväksi. Opinnäytetyön aihe on käyttökelpoinen käytännön elämään. Tavoitteena on tehostaa erikoissairaanhoidon kotiutuksia, tuoda kotiutusyksikkö asianosaisten tietoon sekä lisätä kotiutusyksikön, kotihoidon, terveyskeskussairaalan ja erikoissairaanhoidon välistä yhteistyötä. Opinnäytetyön aihetta voidaan hyödyntää missä tahansa sairaalassa tai terveyskeskusvuodeosastolla.

Opinnäytetyössä olemme miettineet, kuinka monta haastateltavaa on hyvä ja luotettava määrä. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa saattaa haastateltavien määrä olla liian pieni, jolloin aineiston tuloksista ei voida tehdä tilastollisia yleistyksiä tai eri ryhmien välisiä eroja ei voida vertailla. Myös haastateltavien määrä voi nousta liian suureksi, jolloin aineistoa ei voida tutkia syvällisesti. Olimme suunnitelleet otokseksi haastatella neljää potilasta ja neljää omaista sekä kotihoidosta kahta hoitajaa ja sairaalan vuodeosastolta kahta hoitajaa. Yhteensä haastateltavia on tällöin 12 Hyvinkään sairaalan osastoilta 3 ja 6 sekä kotihoidosta. Tavallisin määrä kvalitatiivisessa tutkimuksessa on nykyisin 15 haastateltavaa. (Hirsjärvi ym. 2001, 58.)

Suunnitelluista haastatteluista toteutui kymmenen. Yhden potilaan haastattelu peruuntui hänen sen hetkisen huonovointisuutensa vuoksi. Yksi omainen ei ollut halukas osallistumaan läheisensä kotiutusta koskevaan haastatteluun. Emme etsineet uusia haastateltavia, koska haastatteluun varattu aika oli rajallinen. Mielestämme saimme näillä kymmenellä haastattelulla vastaukset tutkimuskysymyksiin. Haastatteluja oli riittävästi, koska samat vastaukset toistuivat.

Olemme miettineet tutkimuksen luotettavuutta, koska työskentelemme tiiviisti tutkittavan kohderyhmän kanssa. Hirsjärven, Remeksen ja Sajavaaran (2010) mukaan kvalitatiivisessa tutkimuksessa voidaan olla etäällä tai lähellä tutkittavaa kohderyhmää eikä tutkimus välttämättä merkitse läheistä kontaktia tutkittaviin. Opinnäytetyön luotettavuus on riippuvainen sen laadusta. Jos on haastateltu vain osa haastateltavista tai litteroinnin aikana noudatetaan eri

sääntöjä litteroinnin alussa ja lopussa, aineistoa ei voida sanoa luotettavaksi. Reliaabeliuden ja validiuden käsitteet perustuvat tutkijan objektiivisuuteen. (Hirsjärvi ym. 2001, 185.)

Opinnäytetyön luotettavuutta lisäsi se, että opinnäytetyöntekijöitä oli kaksi, erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuolto edustettuna. Haastattelujen aikana toimimme neutraalisti pelkäämään haastattelijan ominaisuudessa. Haastatteluissa annoimme aikaa haastateltaville ohjaamatta heitä suuntaan toiseen. Haastattelut etenivät rennossa ja hyvässä ilmapiirissä. Haastatteluja purkaessa keskustelimme paljon aiheesta useasta näkökulmasta. Analysointivaiheessa ajatuskokonaisuudet löytyivät helposti, jolloin opinnäytetyössä eteneminen oli helppoa.

Haastateltavat valittiin Hyvinkään sairaalan ja Hyvinkään kaupungin yhteys henkilöiden välityksellä korostaen osallistumisen vapaaehtoisuutta. Teimme haastattelut teemahaastatteluina eli haastattelujen kysymyksiä ei annettu etukäteen. Haastattelut tehtiin yksilöhaastatteluina molempien opinnäytetyöntekijöiden ollessa paikalla. Poikkeuksena oli yksi haastattelu, johon potilas ja hänen omaisensa osallistuivat yhdessä. Haastattelut nauhoitettiin. Ennen haastattelun alkua haastateltavalta kysyttiin lupa saada nauhoittaa haastattelu. Haastateltavien henkilöllisyys ei tullut esiin missään vaiheessa opinnäytetyötä. Haastattelut etenivät sujuvasti. Haastattelut tehtiin aikaisemman suunnitelman mukaisesti viikoilla 10 ja 11.

Kuuntelimme haastattelujen nauhoitukset useaan kertaan. Haastattelujen jälkeen nauhoitukset kirjoitettiin puhtaaksi eli litteroitiin teemoittain. Litteroitua aineistoa tuli 27 sivua. Tässä opinnäytetyössä aineiston analyysi tapahtuu deduktiivisesti eli analyysia ohjaa ennalta tiedetty teema ja käsittekartta. Luimme useampaan kertaan puhtaaksikirjoitetun aineiston. Määrittelimme analyysiyksiköksi ajatuskokonaisuuden, jonka jälkeen etsimme pelkistettyjä ilmauksia ja listasimme ne. Pelkistämisen jälkeen etsimme ilmausten yhtäläisyyttä ja erilaisuutta. Pelkistettyjen ilmausten yhdistämisen jälkeen mietimme alaluokkien muodostamista. Alaluokkien muodostamisten ja yhdistämisten jälkeen mietimme yläluokkien muodostamista. Tämän jälkeen yhdistimme yläluokkia sekä muodostimme kokoavat käsitteet eli opinnäytetyön teemat. Teemoista nousi vahvasti esille kaksi yläluokkaa, jotka olivat hyvä kotiutus ja kotiutusyksikkö.

Ajatuskokonaisuus	Pelkistetty ilmaus	Alakategoria	Yläkategoria
Minkälaista apua mahdollisesti tarvii siellä kotona, mitkä on hoidotyön ongelmat, joita tulee ottaa huomioon siinä kotiutusvaiheessa	Kotiutusvaiheen ongelmat ja avuntarve	Suunnittelu	Hyvä kotiutus
Ylipäänsä huomioidaan se et minkälainen potilas kotiutumassa ja	Kotihoidon tai sosiaalityöntekijän palvelutarve.	Yhteistyö	Hyvä kotiutus

minkälaisia apuja hän sit siel kotona tarvii, ollaan yhteydessä nyt sinne vaik nyt kotisairaanhoidoon, joka järjestää hänelle palveluita tai sit muut myös niin et, et otetaan yhteyttä sairaalassa sosiaalihoitajaan, jos esimerkiksi potilas tarvii taloudellista tukea			
Kotihoito ei tunne erikoissairaanhoidon työtä minkälaista tää on täällä osastolla tää kuinka se potilas täältä lähtee, miksi se lähtee juuri tietyllä hetkellä päivää ja miks kaikki asiat tapahtuu niinku tapahtuu, ne ei tunne sitä prosessia kuinka se kulkee sairaalassa.	Kotihoito ei tunne miten se potilas kulkee erikoissairaanhoidossa, miksi se lähtee tiettyyn aikaan.	Tiedonkulku	Hyvä kotiutus
Hyvä kotiutus on semmonen missä on suunnitelma tehty etukäteen, että siitä informoidaan ajoissa.	Etukäteen suunniteltu ja tiedonkulku hyvä.	Tiedonkulku	Hyvä kotiutus
Sellanen ett saapi sen tiedon sieltä mitä kotona tulee tehdä ja tulee toimia.	Tietoa mitä tehdä ja toimia.	Ohjaus	Hyvä kotiutus
Hoitoneuvottelut ovat mielestäni pääsääntöisesti ollu ihan niin ku järkevin järjestetty.	Hoidon suunnittelu	Avun suunnittelu	Hyvä kotiutus
kyllä se on sillen kun mä tulin, no mä jo silloinkin tiesin, mut sillen mulle perehdytyksessä kerrottiin, et on kotiutusyksikkö ja sen kanssa tehdään yhteistyötä	Tieto kotiutusyksikön kanssa tehtävästä yhteistyöstä	Yhteistyö	Kotiutusyksikkö
En tiedä sen toiminnasta.	Tuntematon asia	Tiedonkulku	Kotiutusyksikkö

Taulukko 1. Aineiston analyysin vaiheet

9.2 Tutkimustulosten tarkastelu

Opinnäytetyön haastatteluissa korostui käsitteistä etenkin hyvä kotiutus ja kotiutusyksikkö. Haastateltavat kokivat lähes yksimielisesti ikäihmisen käsitteen määritelmän samalla tavalla. Osa haastatteluiden teemoista koettiin vaikeiksi, jolloin esitimme lisäkysymyksiä kuitenkin johdattelematta haastateltavia mihinkään suuntaan. Haastatteluista näkyi, että hoitajat tunsivat paremmin erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon määritelmiä. Potilaat ja omaiset tiesivät, milloin hakeudutaan perusterveydenhuoltoon ja erikoissairaanhoidon mennessään lähetteellä, mutta eivät osanneet tarkemmin määritellä. Itse olemme myös miettineet esimerkiksi ikäihmisen määritelmää, joka ei ole niin yksiselitteinen. Ikäihminen oli niin meidän opinnäytetyön tekijöiden kuin haastateltavien mielestä se, joka itsensä ikäihmiseksi tuntee. Haastatteluissa kysimme, mikä haastateltavien mielestä on hyvä kotiutus. Kotiutustilanteissa haastateltavien mielestä tuli huomioida potilas yksilönä. Meidän mielestämme hyvää kotiutusta ennakoiden hoitajan tulee arvioida ikäihmisen toimintakykyä ja voimavaroja yksilöllisesti ja kokonaisvaltaisesti. Hänen tulee selvittää potilaan avuntarve hyvissä ajoin, jotta kotihoidolla on mahdollisuudet järjestää tarvittavat apu. Haastateltavien mielestä riittävän hyvällä suunnittelulla, hyvällä yhteistyöllä sekä riittävällä tiedon saannilla toteutuu hyvä kotiutus. Yhdessä haastattelussa tosin todettiin, että kotiutuksen järjestäminen olisi ylimääräistä työtä. Hyvin suunniteltu kotiutus säästää kuitenkin aikaa lähes kaikkien haastateltavien mielestä. Osastolla tulisi meidän mielestämme panostaa kotiutusta tukevaan asenteeseen ja henkilökunnan tulisi olla rohkaisevassa ja osallistuvassa roolissa. Kotiutustilanteessa toivottiin varmistusta siitä, millä kyydillä mennään kotiin, kuka hoitaa asiointiasiat ja toivottiin jonkun olevan vastassa kotona. Potilaat ja omaiset korostivat kotiutustilanteessa turvallisuuden varmistamisen, koska kotiutus on pitkän osastojakson jälkeen suuri muutos. Haastateltavien vastaukset eivät poikenneet toisistaan kovinkaan paljoa, vaikka haastateltavat olivat hoitajia niin osastolta kuin kotihoidosta, potilaita sekä heidän omaisia. Meidän mielestämme hyvä kotiutus on, niin kuin haastateltavatkin sanoivat, sellainen, että kaikki osapuolet ovat tyytyväisiä kotiutukseen. Hyvä kotiutus on meidän mielestämme sellainen, jolloin potilas kokee kotiutuksen oikea-aikaiseksi ja potilas lähtee omasta tahdostaan kotiin. Kotiutus on suunniteltu niin, että kaikki asiat on otettu mahdollisimman hyvin huomioon. Kotiutustilanteessa ikäihmisen ei pidä tuntea turvattomuutta. Meidän mieleemme nousee kysymys, miten kotihoito voi jatkossa ottaa vastaan haasteena yksinäisyyden ja turvattomuuden tunteen helpottamisen.

Haastatteluissa havaitsimme, että hyvän kotiutuksen onnistumisen kannalta on tärkeää selvittää ikäihmisen aikaisempi toimintakyky ja avuntarve hyvissä ajoin. Tässä tilanteessa korostuvat moniammatillisuus, riittävä tiedonkulku sekä tiivis yhteistyö eri organisaatioiden välillä. Myös Keskinen (2008) omassa YAMK opinnäytetyönsä tuloksissa nousi esiin samanlaisia tuloksia kuin meidän opinnäytetyössä eli esimerkiksi oikea-aikaisuus, hyvä suunnittelu, potilaan mieliteen huomioon ottaminen.

Haastatteluissa tiedusteltiin lisäkysymyksellä kotiutuneilta potilailta ja omaisilta sekä hoitajilta, olivatko he saaneet tai antaneet riittävää ja ymmärrettävää ohjausta kotiutustilanteessa lääkityksistä sekä seurannoista. Haastateltavista erään mielestä henkilökunta oli liian kiireistä ohjaamaan eikä hän saanut ohjausta riittävän moneen kertaan. Jotkut kokivat jääneensä ilman ohjausta kokonaan. Hoitajana meidän tulee muistaa, että potilaan ohjaus on yksi ydin-toiminnoista työssämme. Osastolla muun hoidon pyörytyksessä tämä helposti unohtuu. Kotiutushoitajan työssä kuuluu päivittäiseen toimintaan potilaan ohjaus. Meidän tulee muistaa, että potilaan ohjauksella on vahva eettinen, lainsäädännöllinen sekä strateginen perusta. (Raappana, Kettunen, Kivinen, Mustonen & Heikura 2012, 129.)

Kotiutustilanteissa ikäihminen saa niin lääkäriltä kuin hoitajilta hyvin paljon suullista ja kirjallista materiaalia, jota kaikkea hän ei välttämättä ymmärrä tai muista. Huomasimme potilaitten haastatteluissa, että he eivät välttämättä muistaneet ohjaustilannetta, vaikkakin he muistivat jonkun henkilön käyneen heidän luonaan sairaalassa. Mietimme haastattelujen pohjalta, että on ensiarvoisen tärkeää antaa potilaalle aikaa ja riittävän selkeät ohjeistukset. Ohjaustilanteessa olisi hyvä, että paikalla olisi potilaan lisäksi omainen tai muu läheinen, joka myös kuulee annettavan ohjauksen. Mietimme erikoissairaanhoidon mahdollisuuksia järjestää ohjaustilanteissa hoitoneuvotteluja, jolloin potilaan lisäksi paikalla on omainen, osastolta ja kotihoidosta hoitaja sekä kotiutushoitaja. Osa hoitajista koki sujuvaksi ja hyväksi kotiutukseksi kotiutuksen silloin, kun kotihoito, kotiutushoitaja ja osastolta hoitaja kaikki osallistuvat kotiutusta edeltävään hoitoneuvotteluun.

Haastatteluissa kysyttiin onko haastateltavien mielestä kotiutus tapahtunut oikea-aikaisesti. Huomasimme hoitajien haastatteluissa ongelmana olevan se, että usein lääkäri haluaa vielä konsultoida jostain potilaan tilanteeseen liittyvästä asiasta, jolloin kotiutuksen ajankohta venyy. Esiin nousevat myös paikkapulan tuomat paineet kotiuttaa liian nopeasti. Meidän mielestämme on tilanteita, jolloin potilas kotiutetaan niin nopeasti, ettei potilas ole siihen vielä valmis. Liian nopea ja suunnittelematon kotiutus on melko varmasti tae siitä, että ikäihminen tulee nopeasti takaisin sairaalahoitoon. Hyvällä suunnitelmalla ja yhteistyöllä saadaan aikaan säästöä niin ajallisesti kuin taloudellisesti.

Haastateltavilta kysyttiin myös, onko heillä tietoa Hyvinkään kotiutusyksiköstä. Suurin osa haastateltavista ei ollut kuullut kotiutusyksiköstä, mutta osa tiesi kyllä Hyvinkään kotiutushoitajasta. Osalle oli epäselvää kotiutushoitajan toimenkuva, mutta he tiesivät voivansa ottaa yhteyttä kotiutushoitajaan kotiutustilanteissa. Pari haastateltavaa oli työssään paljonkin yhteistyössä kotiutusyksikön kanssa ja he saivat mielestään kotiutustilanteissa hyvin apua. Haastattelujen myötä tuli esiin tarve lisätä tietoa kotiutusyksikön toiminnasta. Haastattelijana mietimme, mistä voi johtua tietämättömyys kotiutusyksiköstä. Syynä saattaa olla vähäinen tiedottaminen tai se, että tieto ei tavoita kaikkia hoitajia.

Opinnäytetyön haastatteluissa tuli esiin selkeästi kotiutustilanteiden ongelmana kotihoidon yhteystietojen saatavuus sekä kotihoidon tavoitettavuus. Haastattelujen myötä tuli esiin tarve miettiä selkeät ja yksikertaiset ohjeistukset siihen, mistä ja milloin tavoittaa yhteystahon. Toivottiin enemmän yhteistyötä osastojen ja kotihoidon välillä. Haastatteluissa tuli esiin se, että ei tiedetä yhteistyökumppanin työnkuvasta. Tietämys toisen työstä helpottaisi osaltaan yhteistyötä.

9.3 Päätelmät ja jatkotutkimusaiheet

Haastattelujen tulosten perusteella on yksimielisyys siitä, että sairaalan ja kotihoidon välillä yhteistyön sekä tiedonsiirron merkitys on ensiarvoisen tärkeää. Käytännön työssä tulee kehittää työvälineitä tai toimintatapoja, jotta kotiutusprosessista tulisi sujuva ja katkeamaton. Haastatteluista nousi esiin potilaan kotiutuessa alkuun runsaampi avuntarve huonon toimintakyvyn vuoksi. Potilaan kotiutumisessa kotona selviytymisen tueksi voitaisiin alussa käyttää enemmän apua, jotta paluu arkeen tapahtuisi pehmeästi.

Opinnäytetyössämme haastattelujen myötä nousi esiin potilaan kotiuduttua tarve arvioida parin viikon kuluessa kotona selviytyminen joko puhelinsoitolla tai kotikäynnillä. Seurantaikänti tai -puhelu nousi ideana haastateltavien esiin tuomista ajatuksista. Haastateltavat kokivat ohjeistuksen ja avunjärjestämisen vähäiseksi kotiutustilanteissa. Haastatteluihin osallistuneet kotiutuneet potilaat kokivat tarpeen saada neuvoja ja ohjausta opinnäytetyön haastattelutilanteessa. Moni asia ei tule kotiutuessa mieleen, jolloin asiaa voi käsitellä seurantaikäynnillä. Seurantakäynti olisi suunniteltu jokaiselle kotiutujalle, vaikka hänellä ei olisi ulkopuolista apua. Jatkotutkimusaiheena voisi olla mielestämme se, onko seurantakäynneistä hyötyä kotona selviytymisen tueksi. Miettiväksi jää, mikä taho tai henkilö toteuttaisi seurantaikäynnit.

Yhtenä kehittämisehdotuksena nousi erään haastateltavan ajatuksista jonkinlainen väliaikainen laitospaikka, jossa kartoitettaisiin ja ohjattaisiin ennen kotiutusta ikäihmistä omatoimisuuteen. Olisi paikka, jossa voitaisiin harjoitella päivittäisiä toimia ”koekotona” ennen varsinaista kotiutusta. Myös eräs haastateltava ehdotti tarkistuslistaa jossa on listattuna, mitä tulee ottaa huomioon kotiutustilanteessa. Kotihoitoon on tehty oppilastyönä kotihoidon esite, jota ei kuitenkaan ole otettu käyttöön kotihoidossa. Kotiutusyksikön toiminnasta voisi tehdä vastaavan esitteen, jonka voisi ottaa Hyvinkäällä laajasti käyttöön.

Lähteet

- Aaltonen, J., Fyhr, N., Käpyaho, K., Mäkelä, L., Mäkijärvi, M. & Rautiainen, V. 2008. Ihanne-sairaala. Visioita ja valintoja. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Helsinki: Edita.
- Aejmelaeus, R., Kan, S., Katajisto, K-R. & Pohjola, L. 2007. Erikoistu vanhustyöhön. Helsinki: WSOY.
- Ala-Nikkola, M. 2003. Sairaalassa, kotona vai vanhainkodissa? Etnografinen tutkimus vanhus-tenhuollon koti- ja laitoshoidon päätöksentekotodellisuudesta. Tampere. Acta Universitatis Tamperensis 972. Tampereen yliopistopaino.
- Ashworth, P., Longmate, M. & Morrison, P. 1992. Patient participation: its meaning and signif-icance in the context of caring. *Journal of Advanced Nursing* 17(12).
- Eriksson, K., Isola, A., Kyngäs, H., Leino-Kilpi, H., Lindström, U. Å., Paavilainen, E., Pietilä, A-M., Salanterä, S., Vehviläinen-Julkunen, K. & Åstedt-Kurki, P. 2012. *Hoitotiede*. Helsinki: Sanoma Pro.
- Gardner, S., Arve, S. & Kiviniemi, K. 2002. Vanhuksen kotiutusprosessin elementit - kuvaus kotiutushoitajan toiminnasta. Turun kaupungin terveystoimen julkaisuja 3.
- Hannila, P. & Kyngäs, P. 2008. Teemahaastattelu laadullisessa tutkimuksessa. Hoitotyön kou-lutusohjelma. Helsinki. Stadia Helsingin ammattikorkeakoulu.
- Heikkilä, H-K. 2008. Ikääntyvien toimintakyky palvelutarpeen arvioinnissa. Tapaustutkimus Pihtiputaan kunnasta. Oulun yliopisto. Terveystieteiden laitos. Pro gradu -tutkielma.
- Heikkinen, E. (toim.) 2002. Vanhuuden voimavarat. Helsinki: Tammi.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2001. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2010. Tutki ja kirjoita. 15.-16. painos. Helsinki: Tammi.
- Hurme, H. 2006. Teemahaastattelu: Haastattelusta analyysiin. Åbo Akademi. Enheten för ut-vecklingspsykologi. Vasa: Sockap.
- Hyvinkään kaupunki. Perusturvakeskus. 2003. Hyvään vanhuuteen. Hyvinkään vanhuspoliitti-nen strategia ja palvelurakenteen kehittämisohjelma vuosille 2003-2010.
- Ihalainen, J. & Kettunen, T. 2011. Turvaverkko vai trampoliini. Sosiaaliturvan mahdollisuudet. Helsinki: WSOY.
- Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.) 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: Werner Söderström.
- Jylhäsaari, J. 2009. Johtamisen muutos kuntien perusterveydenhuollon organisaatiossa. Tie-toista uudistamista vai realiteetteihin sopeutumista? *Acta Wasaensia*. 212. Hallintotiede 13. Vaasan yliopisto.
- Jääskeläinen, A. 2004. Pakotteet ja vanhuksen itsemääräämisoikeus. Teoksessa Kankare, H. & Lintula, H. Vanhuksen äänen kuuleminen. Tampere: Tammer-Paino.
- Keskinen, P. 2008. Hyvä kotiutuminen terveyskeskussairaalaasta-katkeamaton hoitoketju. Opinnäytetyö. Sosiaali- ja terveysalan ylempi ammattikorkeakoulututkinto. Helsinki. Stadia Helsingin ammattikorkeakoulu.

- Koivuniemi, K. & Simonen, K. 2011. Kohti asiakkuutta. Ihmistä arvostava terveydenhuolto. Duodecim. Keuruu: Otava.
- Koponen, L. 2003. Iäkkään potilaan siirtyminen kodin ja sairaalan välillä. Substantiivinen teoria selviytymisestä ja yhteistyöstä. Akateeminen väitöskirja. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Kröger, T. & Vuorensyrjä, M. 2008. Suomalainen hoivatyö pohjoismaisessa vertailussa. Vanhuspalvelujen koti- ja laitoshoitotyön piirteitä ja ongelmia. Teoksessa Stakes Tutkimuksia -sarjan toimitusneuvosto. Yhteiskuntapolitiikka. Helsinki: Vammalan Kirjapaino. Vol. 73. 3/2008.
- Laaksonen, H., Niskanen, J., Ollilla, S. & Risku, A. 2005. Lähijohtamisen perusteet terveydenhuollossa. Helsinki: Edita.
- Lahtinen, M. 2004. Välittämisen etiikka vanhustyön lähtökohtana. Teoksessa Kankare, H. & Lintula, H. Vanhuksen äänen kuuleminen. Tampere: Tammer-Paino.
- Laitinen, M. & Uusitalo, T., 2007. Sensitiivisen haastattelututkimuksen eettiset haasteet. Janus vol.15(4)
- Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2003. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: Sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.). Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Helsinki: Werner Söderström.
- Latvamäki, E. 2006. Ikääntyneiden yksin asuvien henkilöiden selviytyminen kotona sairaalasta pääsyn jälkeen. Pro gradu. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Turku.
- Lauslahti, S. 2007. Kunnan erikoissairaanhoidon kustannushallinnan keinot ja niiden käyttämisen esteet. Acta Universitatis Tamperensis. 1216. Tampereen Yliopistopaino.
- Leino-Kilpi, H., Välimäki, M., Arndt, M., Dassen, T., Gasull, M., Lemonidou, C., Scott, P.A., Bansemir, G., Cabrera, E., Papaevangelou, H. & Mc Parland, J. 2000. Patient's autonomy, privacy and informed consent; European Commission Directorate - General XII. Science, Research and Development, Biomedical and Health Research IOS Press.
- Lindqvist, M. 1996. Eettisyys ja hoidon sisältö. Teoksessa Salo, S. & Tähtinen, H. Etiikan puutarhassa. Eettisyys ja arki terveydenhuollossa. Helsinki: Suomen kuntaliitto.
- Luoma, O., Vikberg-Aaltonen, P. & Kukkola, S. 2012. Asiantuntijasairaanhoidajat vahvistavat hoitotyötä perusterveydenhuollossa - Riihimäellä kehitettiin asiantuntijahoitajamalli. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen saatiin työtään arvostavia yleissairaanhoidon asiantuntijoita. Sairaanhoidaja - Sjukvårdstidskriften 1/2012. Vol 85:29.
- Mönkkönen, K. 2007. Vuorovaikutus. Dialoginen asiakastyö. Helsinki: Edita Prima.
- Noro, A., Aro, S., Jylhä, M., Pohjalainen, P. & Ruth, J-E. 1992. Vanhuksen sairaalasta kotiutumisen henkilökunnan ja potilaan näkökulmasta. Sosiaali- ja terveyshallitus. Raportteja 71. Helsinki.
- Nurmi, T. 2004. Suuri suomenkielen sanakirja. Jyväskylä: Gummerus.
- Partala, A-E. 2009. Fyysinen aktiivisuuden ja toimintakyvyn yhteys ikääntyneiden hyvinvointiin Suomessa. Jyväskylän yliopisto. Liikuntatieteiden laitos. Pro gradu -tutkielma.
- Pekurinen, M., Junnila, M., Idänpään-Heikkilä, U. & Wahlbeck, K. 2006. Terveyspiiri. Eräs alueellisten sosiaali- ja terveyspalvelujen järjestämisen malli. Stakes. Vaajakoski: Gummerus.
- Perälä, M-L. & Hammar, T. 29/2003. PALKO-malli - Palveluja yhteensovittava kotiutuminen ja kotihoito organisaatorajat ylittävänä yhteistyönä. Helsinki: Stakes.

- Perälä, M-L., Rissanen, P., Grönroos, E., Hammar, T., Pöyry, P. & Teperi, J. 2003. PALKO-malli. Palveluja yhteen sovittava kotitutuminen ja kotihoito. Koeasetelma ja lähtötilanteen arviointi. Aiheita 27. Helsinki: Stakes.
- Raappana, M., Kettunen, T., Kivinen, T., Mustonen, P. & Heikura, K. 2012. Potilasohjaus vaikuttavaksi - Poiju. Sairaanhoidajapäivät 22-23.3.2012 Luento-ohjelma/Tiivistelmäkirja. Suomen Sairaanhoidajaliitto.
- Rantasalo, K. 2007. Sairaalasta kotiin. Puhelinhaastattelu erikoissairaanhoidosta kotihoidon piiriin kotiutuneille potilaille. Pro gradu -tutkielma. Kuopio. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos.
- Rönkkö, I. & Väisänen, S. 1998. Arviointi, jatkohoidon suunnittelu ja potilaan kotiuttaminen hoitotyön kirjallisessa suunnitelmassa. Teoksessa Hallila, L. (toim.) Hoitotyön kirjallinen suunnitelma. Tampere: Tammer-Paino.
- Sainio, E. 2004. Vanhuksen ääni. Ikääntyvien tulevaisuuden näkökulmia. Teoksessa Kankare, H. & Lintula, H. Vanhuksen äänen kuuleminen. Tampere: Tammer-Paino.
- Sarvimäki, A., Heimonen, S-L, Mäki-Petäjä, S. & Leinonen, A. (toim.) 2010. Vanhuus ja haavoittuvuus. Helsinki: Edita Prima.
- Scully, P. & Dallas, J. 2010. Essential Communication skills for nursing & midwifery. Series editor. Maggie Nicol. Mosby Elsevier.
- Seedhouse, D. 2009. Ethics, The heart of health care. Third edition. Wiley-Blackwell.
- Smith, C. 2010. Researching Older People´s Nursing. The gap between theory and practice. Great Britain.
- STAR. 2200. Strategian arvoperusta -työryhmä. Arvoperusta: arvokeskustelun työkirja. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin julkaisu.
- Syväsola, P. & Äijälä, O. 2009. Hoidon tarpeen arviointi. Helsinki: Tammi.
- Thompson, I., Melia, K. & Boyd, K. 2000. Nursing Ethics. 4th edition, Churchill Livingstone.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 1.-3. painos. Helsinki: Tammi.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 6. painos. Helsinki: Tammi.
- Uotila, H., 2011. Vanhuus ja yksinäisyys. Tutkimus iäkkäiden ihmisten yksinäisyyskokemuksista, niiden merkityksistä ja tulkinnoista. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Acta Universitatis Tamperensis 1651. Tampere University Press.
- Valvanne, J. 2010. Gerontologia 2/2010. Asiakslähtöisyydestä asiaksläheisyyteen- uusia tuulia kuntoutukseen, ja vähän vanhojakin.
- Vesterinen, S. 1999. Sairaalasta kotiutettavan yli 65-vuotiaan potilaan sosiaalinen tuki hoitohenkilökunnan kuvaamana. Pro gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos.
- Victor, C. & Vetter, N. 1988. Preparing the elderly for discharge from hospital: a neglected aspect of patient care. Age-Ageing. 17(3).
- Virnes, E., Sahala, H., Majoinen, K. & Laukkanen, H. 2006. Ikäpolitiikka kunnissa. Strategia johtamisen tukena. Suomen kuntaliitto. Helsinki: Kuntatalon paino.

Voutilainen, P., Vaarama, M., Backman, K., Paasivaara, L., Eloniemi-Sulkava, U. & Finne-Soveri, H. (toim.), 2002. Ikäihmisten hyvä hoito ja palvelu. Opas laatuun. Stakes oppaita 49. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino.

Sähköiset lähteet

Aarnio, H. & Enqvist, J. 2002. Autenttinen oppiminen ja osaamisen rakentaminen verkossa. Autenttisuus saa opiskelijan sitoutumaan.

Viitattu 4.4.2012

<http://openetti.aokk.fi/diana/Autenttisuus.htm>

Ala-Nikkola, M. & Sipilä, J. 1996. Yksilökohtainen palveluohjaus (case management)- uusi ratkaisu palvelujen yhteensovittamisen ikuisiin ongelmiin. Viitattu 20.2.2012.

http://www.satshp.fi/pls/wportal/docs/PAGE/TIETOPANKKI/KEHITTAMISTOIMINTA/TOIMKYKIKAANTYMINEN/HANKEHALLINTO124270/MUUT124539/20101103%20LIITE1%20YKSILOKOHTAINEN_PALVELUOHJAUS.PDF

Atwal, A. 2006. Nurses' perceptions of discharge planning in acute health care: a case study in one British teaching hospital. Journal of Clinical Nursing 15. Blakwell Publishing Ltd.

<http://eprints.mdx.ac.uk>.

Erikoissairaanhoitolaki 1062/1989

Viitattu 8.1.2012.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1989/19891062>

Grimmer, K. A., Moss, J. R. & Gill, T. K. 2000. Discharge planning quality from the career perspective. Quality of life research 9.

<http://www.ncbl.nlm.nih.gov>.

Grönroos, E. & Perälä, M-L. 2002. Asiakkaan ohjausmallin tuloksellisuus. Makroraporttihankeen lähtötilanteen arviointi. Stakes. Aiheita 30/ 2002. Helsinki.

www.stakes.fi.

Haho, A. 2006. Hoitamisen olemus. Hoitamisen historiasta, teoriasta ja tulkinnasta kuvaaviin teoreettisiin väittämiin. Acta universitatis Ouluensis D Medica 898. Viitattu 3.3.2012

<http://herkules oulu.fi/isbn9514282590>.

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. HUS-tietopankki. Strategiat ja arvot.

Viitattu 8.1.2012.

www.hus.fi.

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Erikoisalat.

Viitattu 8.1.2012.

www.hus.fi.

Hoitotiede.

Viitattu 3.3.2012.

<http://www.uta.fi/hoitotiede>.

Kansanterveyslaki 28.1.1972/66

Viitattu 15.2.2012

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1972/19720066>

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 7.8.1992/785

Viitattu 17.1.2012.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920>

Levo, P. Viitattu 22.2.2012. <http://www.pirjolevo.fi>

Mattila, K. 2005. Perusterveydenhuolto. Suomalaisten terveys. Viitattu 30.1.2012.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00052

Millar, B., Maggs, C., Warner, V. & Whale, Z. 1996. Creating consensus about nursing outcomes. II Nursing outcomes as agreed by patients, nurses and other health care professionals. Clinical Nursing. July 1996. 5(4):263-7. PubMed.

<http://onlinelibrary.wiley.com>.

Pyysiäinen, J. 2003. Neuvottelut ja liikkumavara iäkkään vanhemman hoitamisessa. Stakes. Aiheita 14. Helsinki.

www.stakes.fi.

Päivärinta, E. & Haverinen, R. 2002. Ikäihmisten hoito- ja palvelusuunnitelma. Opas työntekijöille ja palveluista vastaaville. Helsinki. Stakes.

www.stakes.fi.

Rantanen, T. 2008. Työelämälaheisyys ja tutkimuksellisuus ylemmän amk - tutkinnon opinnäytetöissä.

Viitattu 4.4.2012. http://www.oamk.fi/thesis/docs/alustus_TeemuRantanen301008.pdf.

Räihä, A. 2000. Vanhuksen hyvä kotiutus. Viitattu 3.1.2012.

<http://cc oulu.fi/~sisawww/esit/000427.htm>.

Teveydenhuoltolaki 1326/2010.

Viitattu 17.1.2012.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

Tossavainen, P. & Kuronen, R. 2011. Tilastoraportti 22/2011. Suomen virallinen tilasto. Sosiaaliturva 2011, THL.

<http://www.stakes.fi/tilastot/kotihoito>.

Teperi, J. 2005, Erikoissairaanhoido. Suomalaisten terveys.

Viitattu 8.1.2012. <http://www.terveyskirjasto.fi>

Julkaisemattomat lähteet

HUS edelläkävijä - vaikuttavaa hoitoa potilaan parhaaksi. HUS:n hallituksessa 26.9.2011 hyväksytty versio.

Hyvinkään kaupunki. SAS-YTY-ryhmä. 2009. SAS-Prosessin kehittäminen 2009.

Koti- ja laitospalvelut. 2010. Kotiutusyksikkö-toiminnan kehittäminen loppuraportti 2010. Hyvinkää.

Lämsä, R. 2008. ”En olisi vielä kotiin lähdessä” - Sairaalaosaston arkiset käytännöt potilaan silmin. Tutkimusraportti. HUS.

Mäkelä, L. 2009. Yhtenäisen kotiuttamisen malli 2007-2009. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. HYKS.

Projektiryhmän loppuraportti. 2009. Kotiutusprosessin kehittäminen Hyvinkään kaupungissa 2009. Hyvinkää.

Pöllä, P. 2011. Arjen työn helpottamisen työkalu: hoitoneuvottelu. Essee. Hyvinkää Laurea.

Salinto, S. 2008. Potilaan siirtyminen jatkohoitoon terveystakeskuksen vuodeosastolle sekä siihen liittyvät ajankohtaisasiat. Kokousmuistio. Hyvinkää.

Ämmälä, K., Saxelin, I., Brander, P., Ylivaara, T., Klemola, K., Rautionaho, A. & Niskanen, T. 2008. Kotiuttamisprosessi Hyvinkään sairaalan sisätautien ja keuhkosairauksien vuodeosastolla -esite. Hyvinkää.

Kuviot

- Kuvio 1. Hyvinkään sairaalan kotiutumisprosessi
- Kuvio 2. Kotiutusprosessikuvausta perusterveydenhuollosta
- Kuvio 3. Koti- ja laitospalvelujen organisaatiokaavio
- Kuvio 4. Kotiutusyksikköprosessi
- Kuvio 5. Opinnäytetyön aikataulu

- Kuvio 6. Hyvän kotiutuksen edellytykset

Taulukot

Taulukko 1. Aineiston analyysin vaiheet

Liitteet

HYVINKÄÄN KAUPUNKI
Perusturva

Koti- ja laitospalveluiden johtajaylilääkärin päätös § 42 02.03.2012

042/2012 Tutkimuslupahakemus/Pirjo Pöllä

(Valmistelija: Korsu Rauni, p. 019-459 4967)

Laurea ammattikorkeakoulussa (Terveiden edistämisen koulutusohjelma, ehkäisevän hyvinvointityön johtaminen ja kehittäminen) opiskeleva Pirjo Pöllä hakee tutkimuslupaa YAMK opinnäytetyötään varten. Tutkimuksen aiheena on *Erikoissairaanhoidon kotiutukset, Hyvinkään sairaalasta kotiutuvat hyvinkääläiset, jotka tarvitsevat kotiutushoitajan selvittelyjä kotiutusasioissa.*

Päätös Päätän myöntää Pirjo Pöllälle hakemansa tutkimusluvan

Valmis tutkimus tulee toimittaa Hyvinkään kaupungin koti- ja laitospalveluille kirjallisessa muodossa. Sosiaali- ja terveydenhuollon salassa pidettävien asiakirjojen tutkimuskäyttökirje on annettu luvan hakijalle.


Koti- ja laitospalveluiden johtajaylilääkäri Pirjo Laitinen-Parkkonen

Liitteet tutkimuslupahakemus ja –suunnitelma

Tiedoksi Pirjo Pöllä
perusturvalautakunta
kotona asumista tukevien palveluiden va johtaja Paula Hevosmaa



Hyvinkään kaupunki
Perusturvakeskus

TUTKIMUSLUPA-
HAKEMUS

1 (6)

Hakemuksen saapumispäivämäärä

1
TUTKIMUS-
LUVAN
HAKIJA
TAI
TUTKIMUS-
RYHMÄN
VASTUU-
HENKILÖ

Sukunimi

PÖLLÄ

Etunimi

PIRJO

Osoite

NAALINK. 12

05460 HYVINKÄÄ

Puhelin

040-7350777

Sähköpostiosoite

PIRJO.POLLA@PP.NET.FI

Oppi-/tutkimuslaitos

- 1 Yliopisto
 2 Muu korkeakoulu
 3 Keskiasteen/ammattillinen koulu
 4 Ammattikorkeakoulu YAMK
 5 Muu oppilaitos
 6 Muu taustayhteisö kuin oppilaitos/koulu

Suoritettut tutkinnot

SAIRAANHOITAJA AMK

2
TUTKIMUK-
SEN
OHJAAJA/
JOHTAJA

Nimi

ANNE HARTIKAINEN

Toimipaikka ja osoite

LAUREA HYVINKÄÄ, UUDENMAANK. 22

Puhelin toimeen

09-88687925

Oppiarvo/ammatti

YLIOPIETTUJA

05800 HYVINKÄÄ

3
TUTKIMUS

Tutkimuksen kohdealue Hyvinkään perusturvassa

KOTI- JA LAITOSPALVELUT, KOTONA ASUMISTA TUKEVAT PALVELUT
KOTIHOITO

1
Sosiaalipalvelut

- aikuissosiaalityö
 lastensuojelu
 perheneuvola
 työllisyyspalvelut

muu

Mikä:

2
Terveystuotopalvelut

- avoterveydenhuolto
 hammashuolto
 psykososiaaliset palvelut
 työterveyshuolto

muu

Mikä:

3
Koti- ja laitospalvelut

- kotona asumista
tukevat palvelut
 ympärivuorokautista
asumista tukevat
palvelut
 vammaispalvelut

muu

Mikä:

4
Hallinto ja kehittämis-
palvelut

- päätöksenteko,
suunnittelu,
valmistelu,
viestintä,
tietohuolto,
koulutus,
neuvonta,
hallinto- ja
tukipalvelut,
kehittämistoiminta

muu

Mikä:

Tutkimuksen nimi ja aihe (lyhyt kuvaus)

ERIKOISSAIRAANHOIDON KOTIUTUKSET
HYVINKÄÄN SAIRAALASTA KOTIUTUVAT HYVINKÄÄLÄISET, JOITKA
TRUUITSEE KOTIUTUSKÄYTÄN SELVITTELYÄ KESTIVUSASIOISSA!
 Liitteenä tutkimussuunnitelma

Tutkimussuunnitelman hyväksymispäivämäärä oppi-/ tutkimuslaitoksessa

4/2011 LAUREA HYVINKÄÄ



Hyvinkään kaupunki
Perusturvakeskus

TUTKIMUSLUPA-
HAKEMUS

2

<p>3 TUTKIMUS (jatkuu)</p>	<p>Tutkimuksen taso/laatu</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Väitöskirja <input type="checkbox"/> 2 Lisensiaattitutkimus <input type="checkbox"/> 3 Pro gradu <input type="checkbox"/> 4 Pro-seminaarityö</p> <p><input type="checkbox"/> 5 Ammatillinen oppinnäyte <input type="checkbox"/> 6 Muu oppinnäyte <input checked="" type="checkbox"/> 7 Muu, mikä YAMK OPINNÄYTE TYÖ</p>		
<p>Pääasiallinen tutkimustapa/-menetelmä (rastita yksi vaihtoehto)</p> <p><input type="checkbox"/> 1 Kysely <input checked="" type="checkbox"/> 2 Haastattelut <input type="checkbox"/> 3 Asiakirja-/tilastoanalyysi</p> <p><input type="checkbox"/> 4 Koeasetelma <input type="checkbox"/> 5 Havainnointi <input type="checkbox"/> 6 Muu, mikä</p>			
<p>Aineiston suunniteltu keruu-aika</p> <p>Alkaa Päättyy</p> <p>5.3.2012 18.3.2012</p>		<p>Tutkimuksen arvioitu valmistumisaika</p> <p>Päivämäärä</p> <p>30.4. 16.5.2012</p>	
<p>4 TUTKIMUS- SUUNNITELMAN JULKISUUS</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Annan Hyvinkään kaupunki/perusturvalle luvan antaa tutkimussuunnitelmaani koskevia tietoja ulkopuolisille.</p> <p><input type="checkbox"/> Tutkimussuunnitelmastani ei saa antaa tietoja ulkopuolisille.</p>		
<p>5 ASIAKIRJA- TIEDOT, JOIHIN TÄSSÄ HAKEMUK- SESSA HAETAAN LUPAA</p>	<p>Tarvitvat perusturvan salassapidettävät asiakirjatiedot, mitä tietoja ja mistä</p> <p>- EI TARVITA TERVEYDEN TILAN LIITTYVIÄ ASIAKIRJOJA - KINOKSIAKIN POTILKSEN YHTEYSTIEDOT</p> <p>Arvio perusturvalle aiheutuvista ylimääräisistä kustannuksista (Aineiston hankkiminen, tietojen poiminta asiakastietorekisteristä tms.)</p> <p>- EI YLIMÄÄRÄISIÄ KUSTANNUKSIA</p>		
<p>6 KÄYTTÖ- OIKEUDET</p>	<p>Onko haettu tai haetaanko tutkimusta varten käyttöoikeutta perusturvan tietojärjestelmään?</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> 1 Ei <input type="checkbox"/> 2 Kyllä</p>	<p>Mihin järjestelmään ja mille ajalle?</p> <p>—</p>	
<p>7 MUUT TUTKIMUK- SESSA KÄYTET- TÄVÄT TIEDOT JA SUOSTUMUS</p>	<p>Muut asiakirjatiedot, mitkä, mistä ja millaisin luvuin</p> <p>POTILKSEN YHTEYSTIEDOT TUS, HYVINKÄÄN SAIRAALAN</p> <p>Muut tiedot (esim. tutkittavilta haastatteluin/kyselyin saatavat tiedot, näytteet yms.)</p> <p>HAASTATELTAVIEN ANTIMAT TIEDOT, KOTIHOIDON OSALTA KOTIHOIDON SAIRAALAN HAITAKKI/TERVEYDENHAITAKKI HAASTATELU</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Liitteenä mallit yhteydenotto- ja informointikirjeistä ja suostumusasiakirjoista</p>		
<p>8 TUTKIMUSREKISTERIN TIETOTYYPIT (liitteenä esim. luonnos henkilötietolain perusteella laadittavasta rekisteriselosteesta)</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> 1 Tutkimus ei sisällä henkilöiden tunnistetietoja. Ei synny rekisteriä.</p> <p><input type="checkbox"/> 2 Tutkimusrekisteriin kerättävät tunnistetieto- ja yksilöintitiedot eriteltyinä (myös esim. kuva- tai videomateriaali, joista henkilö on tunnistettavissa, edellyttää tutkimusrekisteriä)</p>		



Hyvinkään kaupunki
Perusturvakeskus

TUTKIMUSLUPA-
HAKEMUS

3

9
TUTKIMUS-
AINEISTON
SUOJAUS
LUVATONTA
KÄSITTELYÄ
VASTAAN

Tunnistetietojen käyttö tutkimuksessa

- 1 Tutkimusaineisto ei sisällä tunnistetietoja.
- 2 Tunnistetiedot poistetaan ennen analyysivaihetta.
- 3 Analyysi tehdään tunnistetiedoin. Perustelu tunnistetietojen säilyttämiselle aineistossa:

Jos analyysi tehdään tunnistetiedoin, miten aineiston suojaus on järjestetty?

Atk:lla käsiteltävän aineiston suojaustapa

- 1 käyttäjätunnus 2 salasana 3 käytön rekisteröinti 4 kulun valvonta 5 muu

Kuvatkaa muu suojaustapa tarkemmin eri käsittelyvaiheiden osalta.

Kuka vastaa rekisterinpidosta ja sen laillisuudesta (henkilön nimi)?

10
TUTKIMUS-
AINEISTON
HÄVITTÄ-
MINEN/
ARKISTOINTI

Tutkimusaineiston hävittäminen

- 1 Tutkimusaineisto ja tunnistetiedot hävitetään, miten ja milloin:
*TUTKIMUSKINTEISÖ HÄVITETÄÄN, KUN TUTKIMUS ON HYVÄKSETTY
NAUDET POILETÄÄN JA PAPERIKINEES SILPPUUN.*
- 2 Tutkimusaineisto ilman tunnistetietoja säilytetään/arkistoidaan
- 3 Tutkimusaineisto tunnistetiedoin säilytetään/arkistoidaan

Tutkimusaineiston arkistointi

- 1 ilman tunnistetietoja
Mihin arkistoidaan *OPINNAKRYTETIÖN TEKIJÖILLE*
- 2 Tunnistetiedoin arkistolaissa tarkoitetun viranomaisen aineistona arkistolain säännösten nojalla arkistonmuodostus-
suunnitelman mukaisesti.
Mihin arkistoidaan
- 3 Tunnistetiedoin Kansallisarkiston luvalla.
Mihin arkistoidaan



Hyvinkään kaupunki
Perusturvakeskus

TUTKIMUSLUPA-
HAKEMUS

4

<p>11 TUTKIMUKSEN EETTINEN ARVIOINTI</p>	<p>Miten eettiset näkökohdat on otettu huomioon tutkimuksen suunnittelussa ja toteutuksessa? TUTKIMUKSESSA OTETTAAN HUOMIOON JA PYRITÄÄN KOROSTAMAKSEN IKÄIHMISEN OIKEUKSIA VIKKUTTA HÄNTÄ ITSEÄN KOSKEVIIN PÄÄTÖKSIIN. TÄMÄ POHJAUTUU HOITAJAN YHTENÄISIIN EETTISIIN TOIMINTAPERUSTEISIIN. HAASTATTELUISSA KOROSTUU IKÄIHMISEN, OMKISEN JA HOIDHENKILÖKUNNAN NÄKÖKULMA KOTIUTUKSISTA</p>		
<p>12 SITOU- MUKSET JA ALLEKIRJOI- TUKSET</p> <p>(Sitoumuksen allekirjoittavat kaikki ne henkilöt, jotka tutkimusta tehtäessä käsittelevät salassa pidettäviä tietoja)</p>	<p>Sitoudun siihen, etten käytä saamiani tietoja asiakkaan tai hänen läheistensä vahingoksi tai halventamiseksi taikka sellaisten muiden etujen loukkaamiseksi, joiden suojaksi on säädetty salassapitovelvollisuus enkä luovuta saamiani henkilötietoja sivulliselle.</p> <p>Luovutan valmiista tutkimusraportista yhden kappaleen korvauksetta Hyvinkään kaupunki/perusturva, osoite: PL 46, 05801 HYVINKÄÄ.</p>		
<p>Paikka ja päivämäärä</p>	<p>Allekirjoitus ja nimen selvennys Pöytä Pyykä PÖLLÄ PIKES</p>	<p>Henkilötunnus 080565-0206</p>	
<p>Paikka ja päivämäärä</p>	<p>Allekirjoitus ja nimen selvennys Hannele Ruuska - Kujala Hannele Ruuska - Kujala</p>	<p>Henkilötunnus 040555-016A</p>	
<p>Paikka ja päivämäärä</p>	<p>Allekirjoitus ja nimen selvennys</p>	<p>Henkilötunnus</p>	
<p>Paikka ja päivämäärä</p>	<p>Allekirjoitus ja nimen selvennys</p>	<p>Henkilötunnus</p>	
<p>Paikka ja päivämäärä</p>	<p>Allekirjoitus ja nimen selvennys</p>	<p>Henkilötunnus</p>	
<p>Osoite johon päätös lähetetään</p>			
<p>13 LAUSUNTO TUTKIMUK- SESTA JA HAKEMUKSEN TEKNINEN TARKISTAMIN EN</p>	<p>Lausunto/ yksikön päällikkö</p> <hr/> <p>Päivämäärä, allekirjoitus/ nimen selvennys, puhelinnumero</p> <hr/> <p>Lausunto/ yksikön päällikkö</p>		



Hyvinkään kaupunki
Perusturvakeskus

TUTKIMUSLUPA-
HAKEMUS

5

13 jatkuu	Päivämäärä, allekirjoitus/ nimen selvennys, puhelinnumero		
	Lausunto/ yksikön päällikkö		
	Päivämäärä, allekirjoitus/ nimen selvennys, puhelinnumero		
	Lausunto/ yksikön päällikkö		
	Päivämäärä, allekirjoitus/ nimen selvennys, puhelinnumero		
	Lausunto/ yksikön päällikkö		
	Päivämäärä, allekirjoitus/ nimen selvennys, puhelinnumero		
14 YHTEYS- HENKILÖ(T) PERUS- TURVASSA	Nimi	Virka-asema	Puhelin
	PAULA HEVOSMÄKI	KUVE-ESIMIES	0900-864021
	Nimi	Virka-asema	Puhelin
Nimi	Virka-asema	Puhelin	



Hyvinkään kaupunki
Perusturvakeskus

TUTKIMUSLUPA-
HAKEMUS

6

15 PÄÄTÖS	<input checked="" type="checkbox"/> 1	Tutkimuslupa myönnetään esitettyssä muodossa
	<input type="checkbox"/> 2	Tutkimuslupa myönnetään seuraavin ehdoin:
	<input type="checkbox"/> 3	Lupa tietojen saantiin salassa pidettävistä asiakirjoista ja henkilörekistereistä myönnetään Hyvinkään kaupunki/perusturvan tutkimuksen yhteyshenkilön kanssa erikseen sovitussa laajuudessa. Käyttöoikeudet yksilöidään erikseen lomakkeella "Käyttöoikeus ja vaitiolosoumus"
	<input type="checkbox"/> 4	Tutkimuslupahakemus hylätään, perustelut:
16 PÄÄTÖKSEN- TEKIJÄ	Päätöspäivämäärä 19.2.2012	Päätöksentekijän allekirjoitus, sen selvitys ja virka-asema PIPPO LATIKKA-PARKKINEN
17 PÄÄTÖKSEN JAKELU	<input checked="" type="checkbox"/> Hakijalle <input checked="" type="checkbox"/> Yhteyshenkilölle <input type="checkbox"/> Kehittämispalveluun <input type="checkbox"/> Muualle, mihin/kenelle	
18 LIITTEET		

§ 2/2012

Opinnäytetyön tekijää koskevat tiedot	Suku- ja etunimet <i>Ruuska-Kujala Hauhele; Pöllä Pirjo</i>	
	Virka/toimi tai oppiarvo/koulutustausta <i>sairaanhoitaja, sairaanhoitaja AMK; Hyvinkään kaupunki, kotiutushoitaja, sh AMK</i>	
	HUS:n palveluksessa <input checked="" type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei	
	Sähköpostiosoite/puh/gsm <i>hauhele.ruuska-kujala@hus.fi 040-7613572 (henk.koh7.)</i>	
	Kotiosoite <i>Hyvinkäänkatu 50 as 9 05830 Hyvinkää</i>	
	Yliopisto ja laitos/Ammattikorkeakoulu/oppilaitos, jossa opiskelee <i>Laurea Hyvinkää</i>	
Yliopiston laitoksen/Ammattikorkeakoulu/oppilaitoksen osoite <i>Uudenmaankatu 22 05800 Hyvinkää</i>		
Opinnäytetyön ohjaaja oppilaitoksessa	Opinnäytetyön ohjaaja(t), ohjaajien oppiarvot ja yhteystiedot (sähköposti/puhelin) <i>Anne Hartikainen, yliopettaja (09)88687925 anne.hartikainen@laura.fi</i>	
	Opinnäytetyön ohjaaja(t), ohjaajien ilmoitus siitä, onko opinnäytetyö hyväksytty esitetyssä muodossa	
HUS:n vastuhenkilöä koskevat tiedot	Suku- ja etunimi/virka/toimi <i>Oili Vanhala, aoh as 31</i>	
	Työpaikan osoite <i>Sairaalankatu 1, 05850 Hyvinkää</i>	
	Sähköpostiosoite/puh/gsm <i>oili.vanhala@hus.fi (019)45872062</i>	
Opinnäytetyötä koskevat tiedot	HUS:n tulosalue, tulosyksikkö tai liikelaitos, jossa vastuhenkilö työskentelee <i>Hyvinkään sairaala, Med. TY, as 31</i>	
	Opinnäytetyön nimi julkisessa muodossa <i>Erikoissairaanhoidon kotiutukset</i>	
	Lyhyt selostus opinnäytetyön suorittamisesta HUS:ssa julkisessa muodossa (kirjasinkoko 10) <i>Liitteenä tutkimussuunnitelma Lyhyt selostus opinnäytetyön...</i>	
	Asiasanat (max 5 kpl) <i>hyvä kotiutus erikoissairaanhoito, perusterveydenhuolto, ikäikäinen, kotiutusyksikkö</i>	
	Opinnäytetyön taso <input type="checkbox"/> Lisensiaattitutkinto <input type="checkbox"/> Maisteri tutkinto <input checked="" type="checkbox"/> Ylempi AMK tutkinto <input type="checkbox"/> Kandidaatti <input type="checkbox"/> AMK tutkinto <input type="checkbox"/> Muu, mikä?	Opinnäytetyön tieteenala <input type="checkbox"/> Lääketiede <input type="checkbox"/> Hammaslääketiede <input type="checkbox"/> Hoitotiede <input type="checkbox"/> Terveystieteiden tutkimus <input checked="" type="checkbox"/> Muu, mikä? <i>terveyden edistäminen</i>
	Opinnäytetyö on osa laajempaa HUS -hanketta? <input checked="" type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä, mitä?	Arvioitu aloituspvm. <i>(aineiston keruu) 5.3.2012</i>
Opinnäytetyön suorituspaikat HUS:ssa <input type="checkbox"/> HUS konsernihallinto <input type="checkbox"/> HYKS-sairaanhoitoalue <input type="checkbox"/> HYKS Medisiininen tulosyksikkö <input type="checkbox"/> HYKS Naisten- ja lastentautien tulosyksikkö <input type="checkbox"/> HYKS Operatiivinen tulosyksikkö <input type="checkbox"/> HYKS Psykiatrian tulosyksikkö <input checked="" type="checkbox"/> Hyvinkään sairaanhoitoalue <input type="checkbox"/> Lohjan sairaanhoitoalue <input type="checkbox"/> Länsi-Uudenmaan sairaanhoitoalue <input type="checkbox"/> Porvoon sairaanhoitoalue	Arvioitu päättymispvm. <i>18.3.2012</i>	
	<input type="checkbox"/> HUS-Apteekki <input type="checkbox"/> HUS-Desiko <input type="checkbox"/> HUS-Kiinteistöt Oy <input type="checkbox"/> HUS-Logistiikka <input type="checkbox"/> HUS-Lääkintekniikka <input type="checkbox"/> HUS-Röntgen <input type="checkbox"/> HUS-Servis <input type="checkbox"/> HUS-Tilakeskus <input type="checkbox"/> HUSLAB <input type="checkbox"/> Ravioli <input type="checkbox"/> Uudenmaan sairaalapesula Oy <input type="checkbox"/> Muu, mikä	

Kohderyhmä <input checked="" type="checkbox"/> Potilaat <input checked="" type="checkbox"/> Omaiset <input checked="" type="checkbox"/> Henkilökunta <input type="checkbox"/> Asiakirjat <input type="checkbox"/> Muu, mikä?		Tutkittavien/havaintoyksikköjen määrä 12
Aineiston keruumenetelmä <input type="checkbox"/> Kysely <input checked="" type="checkbox"/> Haastattelu <input type="checkbox"/> Havainnointi <input type="checkbox"/> Asiakirja-analyysi <input type="checkbox"/> Muu, mikä?		
HUS:n ulkopuoliset yhteistyötahot Hyvinkään kaupunki, Perusturvakeskus		
Aiheuttaako opinnäyte kustannuksia HUS:ille? <input type="checkbox"/> Kyllä (Kustannusarvio ja rahoitussuunnitelma erillisellä liitteellä) <input checked="" type="checkbox"/> Ei (Tutkimusluvan myöntäjä voi vaatia selvitystä tapauskohtaisesti)		Opinnäytetyön hyödyt/vaikutukset HUS:n toimintaan <input checked="" type="checkbox"/> Välitön soveltuvuusarvo toimintaan, mihin erikoissair. hoidon kotiutukseen <input type="checkbox"/> Ei väliäntä sovellettavuutta
Opinnäytetyön tekijänä sitoudun noudattamaan sairaalan antamia ohjeita ja sääntöjä ja raportoimaan opinnäytetyöni tuloksista tutkimusluvan myöntäjälle.		
Päiväys 7.2.2012 Pölli Pyyä PÖLLÄ PIRJO		Päiväys 7.2.2012 Hannele Ruuska-Kujala Hannele Ruuska-Kujala
Opinnäytetyön tekijä/tekijät nimenselvennys		HUS:n vastuhenkilö nimenselvennys

Alla olevaa päätöskohtaa käytetään silloin, kun päätös voidaan antaa lomakepäätöksenä (kts. JYL 1/2010, kohta 4.3)

LOMAKE- PÄÄTÖS §2/2012	<input checked="" type="checkbox"/> Myönnetään hakemuksen mukaisesti
	<input type="checkbox"/> Myönnetään edellyttäen, että
	<input type="checkbox"/> Hakemus hylätään seuraavin perusteluin *)
	*) Oikaisuvaatimusohje liitteenä
Tutkimusluvan alkamispäivä 20.2.2012	Tutkimusluvan päättymispäivä
Päiväys 20.2.2012	Päiväys 14.2.2012
Tutkimusluvan myöntäjä nimenselvennys ASKO SAARI sairaanhoitoalueen johtaja johtava lääkäri Hyvinkään sairaanhoitoalue 019 458 72 410	Tutkimusluvan puoltaja HUSissa nimenselvennys Aili Romella johtava lääkäri

Tarvittavat liitteet

- Opinnäytetyön suunnitelma ja selvitys opinnäytetyön suorittamisesta HUS:ssa
- Aineiston keruulomake
- Kysely/haastattelulomakkeen saatekirje

Lisäksi tarvittaessa

- Opinnäytetyötä suorittava muu henkilöstö
- Kustannusarvio ja rahoitussuunnitelma
- Hakemus tietojen saamiseksi salassa pidettävistä asiakirjoista
- Vaitiolositoumus/ salassapito- ja käyttäjäsitoumus
- Tutkittavan tiedote ja suostumus
- Eettisen toimikunnan lausunto
- STM:n lupa
- Henkilökisteriseloste

Liite 2. Saatekirje 14.02.2012

Arvoisa potilaamme,

Olette ollut hoidossa Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä (HUS) Hyvinkään sairaalassa. Hoitoon ja siihen liittyviin tehtäviin perustuen otamme Teihin yhteyttä tutkimustarkoituksessa.

HUS:ssa on annettu lupa suorittaa terveydenhuollon ammattiopintoihin kuuluva opinnäytteenä tarkoitettu tutkimus ERIKOISSAIRAANHOIDON KOTIUTUKSET. Sen tarkoituksena on saada mahdollisimman kattavasti tietoa kotiuttamiseen liittyvistä kehittämistarpeista. Tuloksien avulla on tavoitteena luoda yhtenäiset käytännöt hyvään kotiutukseen. Tutkimuksen suorittajina ovat sairaanhoitajat (AMK) Pirjo Pöllä ja Hannele Ruuska-Kujala. Opiskelemme Laurea ammattikorkeakoulussa ylempää ammattikorkeakoulututkintoa Hyvinkään yksikössä Terveyden edistämisen koulutusohjelmassa.

Kutsumme Teitä osallistumaan tähän tutkimukseen. Sen vuoksi kerromme seuraavassa tarkemmin, miten tutkimukseen voi osallistua.

Tutkimukseen tarvittavan aineiston keräämme Teemahaastattelulla maaliskuun 2012 aikana. Haastattelemme neljä kotiutunutta ikäihmistä, neljä omaista, kaksi hoitajaa vuodeosastoilta sekä kaksi hoitajaa kotihoidosta. Teemahaastattelut on tarkoitus nauhoittaa. Nauhoitetta käytämme vain omaan työskentelyymme tietojen kokoamisessa ja analysoinnissa. Opinnäytetyön valmistuttua haastattelumateriaali hävitetään asianmukaisesti. Kaikki ja Teiltä tutkimuksen aikana kerättävä tieto käsitellään luottamuksellisenä ilman nimeänne tai muita tietoja henkilöllisyydestänne.

Tähän tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista. Osallistuminen tai osallistumatta jättäminen ei vaikutta hoitoonne HUS:ssa nyt tai tulevaisuudessa.

Lisätietoja voitte saada opinnäytetyöohjaajaltamme, yliopettaja Anne Hartikaiselta 09-88687925 tai sähköpostilla anne.hartikainen@laurea.fi.

Hyvinkäällä 15.02.2012

Hannele Ruuska-Kujala, sairaanhoitaja AMK

Pirjo Pöllä, sairaanhoitaja AMK

Liite 3. HOITONEUVOTTELU

TAVOITE:

- arvioida hoidettavan potilaan/asiakkaan kotona selviytymistä kokonaisvaltaisesti; fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset tarpeet huomioiden.
- tarkoitus on ennen kotiutusta miettiä potilaan/asiakkaan omia voimavaroja, avun tarvetta, mahdollisia ongelma- ja vaaratilanteita kotona sekä ratkaisuehdotuksia.
- suunnitelmallisuus ja taata hoidon jatkuvuus hoitoketjussa.

KOKOONPANO:

- potilas/asiakas, omainen/muu läheinen, osastolta omahoitaja, tarv. lääkäri, sosiaaliohjaaja, fysioterapeutti, kotihoidosta sairaanhoitaja ja tarv. tiimistä omahoitaja sekä kotiutushoitaja.

KENEN PYYNNÖSTÄ:

- potilaan/asiakkaan, omaisen, kotihoidon, osaston henkilökunnan tai kotiutushoitajan pyynnöstä.
- hoitoneuvottelun järjestää kotiutushoitaja ja/tai omahoitaja.

TAPAUKSKOHTAISESTI MIETITÄÄN MILLOIN JA MISSÄ PIDETÄÄN:

Osastolla:

- hoitoneuvottelut järjestetään hyvissä ajoin ennen suunniteltua kotiutusta
- uusille kotihoidon asiakkaille, jotka ovat epävarmoja kotona pärjäämisestä tai tarvitsevat paljon apua.
- sellaisissa tilanteissa, jolloin avuntarve on selkeästi lisääntynyt aikaisempaan toimintakykyyn verrattuna.
- eri osapuolilla ristiriitainen käsitys kotona pärjäämisestä.

Kotona:

- joillekin uusille asiakkaille, jotka uskovat pärjäävänsä esim. kotihoidon avulla.
- vanhoille kotihoidon asiakkaille, joilla avun tarve hieman lisääntynyt.

HOITONEUVOTTELUN ETENEMINEN:

- aikaa varattu noin ½-1 tunti.
- puheenjohtajana toimii kotiutushoitaja tai osastolta omahoitaja.
- osastolta hoitoneuvotteluun tulevan hoitajan tulee olla sellainen, joka tuntee hyvin asiakkaan tilanteen. Hoitaja valmistautuu kertomaan hoitoneuvottelun alussa asiakkaan/potilaan osastolle tulosityn, osastojakson aikana tehdyt tutkimukset ja toimenpiteet, tämänhetkisen toimintakyvyn ja avuntarpeen osastolla sekä arvion kotiutuspäivästä.
- kartoitetaan aikaisempi kotitilanne eli asumismuoto, apuvälineet, avuntarve sekä mahdolliset ongelmatilanteet.
- sovitaan yhdessä jatkossa kotiin annettavat avut ja käyntien määrät sekä onko tarpeen miettiä lisää apuvälineitä, tukipalveluita ym.
- sovitaan, miten käytännön järjestelyt hoidetaan, kuka hoitaa mitään esim. kauppa- ja apteekkiasiat, kuka hoitaa hoitotarvikejakelutilauksen/vaipat, lähetteen hoitotarvikejakeluun jne.
- kartoitetaan tarvittavat lausunnot ja sovitaan mikä taho ne hoitaa.
- sovitaan kotiutuspäivä, millä kyydillä menee vai tuleeko joku hakemaan osastolta, onko tarvetta olla kotona heti vastassa ym.
- sovitaan, mitä osastolta laitetaan mukaan, esim. lääkelista, reseptit, päivän lääkkeet, muutama vaippa ym.
- tarpeen mukaan sovitaan ennen kotiutusta vielä osastolta käsin fysioterapeutin kartoituskäynti kotiin yhdessä potilaan kanssa. Tarkoitus katsoa tilat, apuvälineetarve, potilaan/asiakkaan liikkuminen ym. Tarvittavat apuvälineet hankitaan riittävän ajoissa.

neuvottelun vetäjä tai omahoitaja kirjaa hoitoneuvottelussa käydyt asiat Pegasos-järjestelmään. Hoitoneuvottelun lopuksi kaikilla osallistujilla tulee olla selkeä kuva sovitusta asioista ja asiakkaan tilanteesta sekä omasta roolista kotiutukseen liittyvissä asioissa.

Liite 4 TEEMAHAASTattelun kysymyksiä

HYVÄ KOTIUTUS

- Millainen on mielestänne hyvä kotiutus?
- Millaista ohjausta ja tietoa olette saanut tai olette antaneet ennen kotiutusta?
 - Oliko saamanne ohjaus ymmärrettävää?
 - Mitä olisitte toivonut kotiutukselta?
 - Onko teille mielestänne annettu riittävästi tietoa kotiavuiasta hoitojakson aikana?
- Onko mielestänne kotiutus tapahtunut oikea - aikaisesti?
 - Päättyikö erikoissairaanhoidon osuus mielestänne liian aikaisin?
 - Jäikö asioita mielestänne kesken?
- Millainen on mielestänne epäonnistunut kotiutus?

KOTIUTUSYKSIKÖ

- Mitä tiedätte Hyvinkään kotiutusyksikön toiminnasta?
- Miten kotiutusyksikköä voitaisiin hyödyntää kotiutustilanteissa?
 - teidän kohdallanne?
 - Hoitoneuvottelut: Olisitteko valmis hoitoneuvotteluun? Millä kokoonpanolla? Mitä neuvottelu pitää sisältää? Ketä se mielestänne hyödyttää?

IKÄIHMINEN

- Kuka on mielestänne ikäihminen?

ERIKOISSAIRAANHOITO

- Mitä mielestänne on erikoissairaanhoidon palveluja?
 - Mitä palveluja odotatte erikoissairaanhoidolta?

PERUSTERVEYDENHUOLTO

- Mitä mielestänne on perusterveydenhuollon palveluja?
 - Mitä palveluja odotatte perusterveydenhuollolta?